

**НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА
ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ХРОНИЧНИТЕ НЕЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ
2026-2030**

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Хроничните незаразни болести (ХНБ) са главна причина за умиранията и инвалидността в света. По данни на СЗО те са причина за смъртта на 43 милиона души годишно, което съставлява 75% от несвързаните с пандемията от COVID-19 смъртни случаи в световен мащаб ¹.

Очаква се броят на ХНБ да достигне 50 милиона, като честотата и тежестта на заболяванията също бележат тенденция към нарастване. Под въпрос са поставени предварително заложените цели за намаляване на преждевременната смъртност от ХНБ с 25% до 2025 г. и напредъкът по изпълнението на Плана за устойчиво развитие 2030 за намаляване с една трета на вероятността от смърт, поради ХНБ във възрастта 30-70 години².

Повече от 80% от случаите на преждевременна смърт се свързват с четири групи заболявания – болести на органите на кръвообращението, злокачествени новообразувания, хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ) и диабет, които СЗО отнася към групата на хроничните незаразни болести, заедно с психичните болести, болестите на мускулно-скелетната система и травмите.

В структурата на умиранията от ХНБ в световен мащаб водеща причина заемат сърдечно-съдовите заболявания (приблизително 18 милиона души годишно), следвани от онкологичните заболявания (10 милиона), болестите на респираторната система (4 милиона) и диабета (над 2 милиона, включително бъбречни усложнения, причинени от диабет)¹.

В България основната причина за смърт са болестите на органите на кръвообращението (61.1%), следвани от новообразуванията (16.5%), болести на дихателната система (4.9%), симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде (4.7%) и болести на

¹ Noncommunicable Diseases: Fact sheet, WHO (updated 23 December 2024), available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

² Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: 2013 – 2020, WHO, 2013, Geneva, Switzerland, available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=C53BADBB67D6EFA1A16CD3FE665992C7?sequence=1

храносмилателната система (4.5%). През 2023 г. COVID-19 заема девета позиция като причина за смърт (1.0%)³.

Ефективният контрол върху епидемията от хронични незаразни болести, довел до значителни резултати в редица развити страни, се основава на системни усилия за редуциране на общите за тези заболявания рискови фактори. Намаляването на тези фактори не само понижава заболяемостта и смъртността, но и ограничава социално-икономическата тежест върху обществото.

Ключова концепция в профилактиката на ХНБ остава концепцията за рисковите фактори за здравето, която запазва своята актуалност и днес. Според една от утвърдените класификации, рисковите фактори се разделят на модифицируеми (предотвратими), немодифицируеми (пол, възраст, наследственост) и други. От гледна точка на профилактичните стратегии, именно модифицируемите фактори имат първостепенно значение, тъй като са свързани с поведението и социалната среда.

Сред най-значимите модифицируеми рискови фактори за ХНБ се открояват артериалната хипертония, тютюнопушенето, ниската физическа активност, нездравословното хранене (особено недостатъчната консумация на плодове и зеленчуци), употребата на алкохол и дислипидемията. Комбинираното въздействие на тези фактори значително повишава здравния риск, което налага прилагането на комплексен интердисциплинарен подход за тяхното ограничаване, което би довело и до съществено намаляване на заболяемостта и смъртността от ХНБ⁴.

Профилактиката е от ключово значение за борбата с хроничните незаразни болести и е основополагащ елемент в политиките на Европейския съюз. Въздействието върху предотвратимите фактори на риска, водещи до възникването на ХНБ, е в основата на националните планове и стратегии за превенция и контрол. Политиките за намаляване въздействието на факторите и внедряването на първичната и вторичната профилактика на заболяванията могат да намалят разпространението на ХНБ с до 70%⁵.

В тази връзка, Световната здравна организация (СЗО) публикува Глобален доклад на СЗО за състоянието на превенцията и контрола на ХНБ през 2014 г. Докладът се основава на деветте глобални цели и предоставя актуални данни за текущото

³ Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите в Р България 2023 г. <https://ncpha.government.bg/index/103-dokladi-i-analizi.html>

⁴ Цолова, Г. Програма СИНДИ преди и сега, С., 2015.

⁵ Report on non-communicable diseases (NCDs), [European Parliament](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0366_EN.html), 16 November 2023, at: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0366_EN.html - ДОКЛАД относно незаразните болести | A9-0366/2023 | Европейски парламент

състояние на заболяванията, като същевременно идентифицира основните предизвикателства, възможностите за действие и приоритетните мерки⁶.

Продължавайки усилията в тази насока, през 2015 г. Генералната асамблея на ООН официално прие Програмата за устойчиво развитие до 2030 г., която включва 17 цели за устойчиво развитие (ЦУР). В третата цел на Програмата „Осигуряване на здравословен живот и насърчаване благосъстоянието на всички във всяка възраст“, е заложена подцел „Намаляване с една трета до 2030 година на броя случаи на преждевременна смърт, вследствие на незаразни болести – чрез превенция и лечение, както и насърчаване на психичното здраве и благоденствие“, което подчертава глобалния ангажимент към ефективни действия при справяне с ХНБ и устойчиво развитие.

В този контекст, през 2018 г. в политическата декларация от Третата среща на високо равнище на Генералната асамблея на ООН за превенция и контрол на ХНБ в Ню Йорк се посочва, че държавните и правителствени ръководители „ще укрепват своя ангажимент да осигурят стратегическо ръководство за превенция и контрол на ХНБ чрез насърчаване на по-голяма съгласуваност и координация на политиките на цялото правителство и поставяйки здравето във всички политики”^{7 8 9}. С оглед на глобалната ангажираност, периодът 2020-2030 г. е обявен за “Десетилетие на действието”¹⁰.

Мониторингът на СЗО за напредъка срещу хроничните незаразни болести през 2020 г. наблюдава 194 държави в света по 10 индикатора - национални цели и показатели за ХНБ, данни за смъртността, изследвания на рисковите фактори, национални интегрирани политики за действие относно ХНБ, прилагане на ключови мерки за намаляване на търсенето на тютюн, мерки за намаляване злоупотребата с алкохол и нездравословни диети, кампании за обществено образование и осведоменост относно физическата активност, насоки за превенция на рак, сърдечно-съдови заболявания, диабет и хронични респираторни заболявания, медикаментозна терапия/консултиране за предотвратяване на инфаркти и инсулти¹¹.

⁶ [Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization 2014.](#)

⁷ Resolution Adopted by the General Assembly on 10 October 2018 (A/RES/73/2): Political Declaration of the Third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, available at: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n18/315/40/pdf/n1831540.pdf>

⁸ Noncommunicable Diseases and Their Risk Factors: Third UN High-level Meeting on NCDs, available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3477959/>

⁹ Third UN High-level Meeting on Non-communicable Diseases: Time to Deliver (27 September 2018, New York), available at: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2018/09/27/default-calendar/third-united-nations-high-level-meeting-on-ncds>

¹⁰ Sustainable Development Goals: The Sustainable Development Agenda, available at: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>

¹¹ A Tsunami of Noncommunicable Diseases Can Be Avoided If Action Taken Now, Reports Say, 10 February 2020, available at: <https://ncdalliance.org/news-events/news/a-tsunami-of-noncommunicable-diseases-can-be-avoided-if-action-taken-now-reports-say>

В условията на ограничени възможности и финансови ресурси за профилактика е необходимо да се очертаят приоритетите, целите и дейностите в рамките на интегриран подход за намаляване на хроничните незаразни болести и последствията от тях чрез разработка и реализация на политики и програми за профилактиката им. Проблемите следва да се обхванат комплексно и да включват мерки както за цялото население, така и за високорисковите групи, включително за по-качествено лечение и рехабилитация на болните, създаване на условия за здравословен избор и намаляване на неравенствата в здравето.

2. АНАЛИЗ НА ЗАБОЛЯЕМОСТТА И СМЪРТНОСТТА ОТ ХНБ

2.1. Основни ХНБ

Болестите на органите на кръвообращението (БОК) са една от основните причини за смърт и инвалидност на населението в света. През 2019 г. приблизително 17.9 милиона души са починали от БОК, което представлява 32% от всички смъртни случаи в света. От тези смъртни случаи 85% се дължат на инфаркт и инсулт¹². Очаква се до 2030 г. смъртността от БОК да достигне 23.3 милиона души.

Докладът „State of Health in the EU 2023“ за България посочва, че заболяванията на кръвообращението са водеща причина за смъртност през 2021 г., като съставляват 54.5% от всички смъртни случаи, следвани от COVID-19 (18.8 %) и раковите заболявания (11.6 %). Водещи причини за смърт от БОК са инсултът (причиняващ 15.9 % от всички смъртни случаи) и исхемичната болест на сърцето (11.0 %)¹³.

Болестите на органите на кръвообращението са една от основните причини за смъртност във всяка от държавите членки на ЕС и представляват значителна тежест за системите на здравеопазване и държавните бюджети. През 2021 г. в ЕС е имало 1.71 милиона смъртни случая в резултат на БОК, което се равнява на 32.4% от всички смъртни случаи. Този процент е значително по-висок от втората най-разпространена причина за смърт – злокачествените новообразувания (21.6% от всички смъртни случаи).

През 2021 г. в целия ЕС лицата със заболявания на кръвоносната система са прекарвали общо 69 милиона дни в болница. По данни на Евростат по показателя дехоспитализирани пациенти с БОК през 2021 г. България заема първо място сред 30

¹² Cardiovascular diseases. WHO, Updated June 2021. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>.)

¹³ Eurohealth observatory. Bulgaria Country Health Profile, 2023 г. [Bulgaria health system information](#)

европейски страни (3 344 на 100000 души). За сравнение: Румъния – 1586 на 100000 души, а Лихтенщайн – с 488 на 100000 души¹⁴.

По данни на НСИ през 2023 г. в България болестите на органите на кръвообращението са причина за 957.1 умирания на 100 000 души от общо 1566.8 на 100 000 души от населението. Сред тях най-висок дял имат „Други болести“ на сърцето – 317.9 на 100 000, Мозъчно-съдова болест – 278 на 100 000 души, ИБС – 192.7 на 100 000 и Други болестите на органите на кръвообращението – 168.5 на 100 000 души¹⁵

Доказано е, че основните рискови фактори за БОК са нездравословното хранене, ниската физическа активност и употребата на тютюневи изделия, които обуславят 80% от случаите на исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест и други болести. Друга група фактори са повишеното артериално налягане, дислипидемията, диабетът и затлъстяването¹⁶.

Повечето сърдечно-съдови заболявания могат да бъдат предотвратени чрез справяне с модифицируемите рискови фактори. Важно е да бъдат открити възможно най-рано, за да може да се започне адекватно лечение^{17 18}.

Повишеното артериално налягане (хипертонията) е основна причина за преждевременната смърт в световен мащаб. Една от глобалните цели по отношение на незаразните болести е да се намали разпространението ѝ с 33% между 2010 г. и 2030 г. По приблизителни оценки 1.28 милиарда души на възраст 30-79 години в света имат хипертония, като повечето от тях (две трети) живеят в страни с ниски и средни доходи. Около 46% от възрастните с хипертония не знаят, че страдат от това заболяване. По-малко от половината възрастни (42%) с хипертония се диагностицират и лекуват. Приблизително 1 на всеки 5 възрастни (21%) с хипертония я контролира¹⁹.

По данни на Здравното европейско интервю за 2019 г. в България с хипертония са 29.7% от лицата на възраст над 15 г. Заболяването е по-разпространено сред жените (32.8%), отколкото сред мъжете (26.5%)²⁰.

¹⁴Eurostat Statistics Explained: Cardiovascular Diseases Statistics (data extracted in July 2024), available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cardiovascular_diseases_statistics#Deaths_from_cardiovascular_disease.

¹⁵ Смъртност по причини. НСИ, 2023.

¹⁶ Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Policies, strategies and interventions, WHO; World Heart Federation; World Stroke Organization, 2011, available at: <https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2021/04/Global-Atlas-on-cardiovascular-disease-prevention-and-control.pdf>

¹⁷ Cardiovascular Diseases: WHO Data and Statistics, updated on the 11th of June 2021 available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/data-and-statistics>

¹⁸ Stewart, J., G. Manmathan, P. Wilkinson, Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Review of Contemporary Guidance and Literature, Journal of the Royal Society of Medicine Cardiovascular Disease Jan-Dec 2017, vol. 6: 1-9, available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5331469/>

¹⁹ World Health Organization. Hypertension, updated 16th of March 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

²⁰ Европейско здравно интервю, България 2019 г. https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/EHIS2019_3MTAFLZ.pdf

Освен факторите, свързани с начина на живот, като нездравословно хранене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол, наднормено тегло и употреба на тютюневи изделия, за неблагоприятните за здравето последствия от хипертонията спомагат и фактори като затлъстяване, стрес и повишено ниво на холестерол в серума²¹.

Предотвратяването на болестите на органите на кръвообращението изисква разработване и реализация на политики, осигуряване на благоприятна среда за достъпен здравословен избор. Мерките трябва да включват: определяне на национални цели и обективни показатели за измерване на резултатите; развитие на междусекторно сътрудничество, партньорства за интегриране на здравето във всички политики; укрепване на здравните системи, включително и на първичната здравна помощ; развитие на национален капацитет и институционални механизми за управление и контрол на процеса, програми в областта на болестите на органите на кръвообращението.

Злокачествените новообразувания (ЗН) са втората водеща причина за смърт в света, която през 2022 г. е довела до близо 9,7 милиона смъртни случая по данни на СЗО²². Най-честите причини за смърт от рак през 2022 г. са: рак на белите дробове (1 817 469 смъртни случая); рак на дебелото черво и ректума (904 019 смъртни случая); рак на черния дроб (758 725 смъртни случая); рак на стомаха (660 175 смъртни случая) и рак на гърдата (666 103 смъртни случая).

Най-разпространените през 2022 г. новооткрити случаи са: рак на гърдата (2 296 840 случая); рак на трахеята, бронхите и белия дроб (2 480 675 случая); рак на дебелото черво и ректума (1 926 425 случая); рак на простатата (1 467 854 случая); рак на кожата (немеланомна форма) (1 234 533 случая)²³ и рак на стомаха (968 784 случая)²⁴.

По данни на Eurostat за 2022 г. ракът е втората водеща причина за смърт в ЕС с 1.3 милиона смъртни случая, което представлява 22.3% (1,15 млн. случаи) от общия брой смъртни случаи в ЕС²⁵. През 2022 г. в България са регистрирани 16 227 смъртни случая

²¹ A global brief on Hypertension. Silent killer, global public health crisis. World Health Organization 2013. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1

²² Cancer Today - https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/tables?mode=cancer&cancers=39&group_populations=1&multiple_populations=1&types=1, последно достъпен: 03.06.2025г.

²³ Cancer Today: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/17-non-melanoma-skin-cancer-fact-sheet.pdf>, последно достъпен: 03.06.2025 г.

²⁴ https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/tables?mode=cancer&cancers=39&group_populations=1&multiple_populations=1&types=0, последно достъпен: 03.06.2025г.

²⁵ https://ecis.jrc.ec.europa.eu/sites/default/files/2024-01/jrc_CancerEstimates2022_factsheet.pdf, последно достъпен на: 03.06.2025г.;

от ЗН, което е 13.7% от всички смъртни случаи за страната²⁶. Раковите заболявания имат по-голям дял (23.8 %) от смъртните случаи сред мъжете, отколкото сред жените (19.4%) в ЕС, като за България тази тенденция се запазва – съответно 12.9% при мъжете и 10.3% при жените²⁷.

Според Здравния профил на страната за 2023 година най-честите причини за смърт от онкологични заболявания у нас по данни от 2021 г. са ракът на белите дробове (2.2% от всички смъртни случаи) и ракът на дебелото черво (1.8%). След тях се нареждат ракът на гърдата (0.9%), ракът на простата и ракът на панкреаса (по 0.7%)²⁸.

Заболеваемостта от рак през 2022 г. в България е по-ниска от средните стойности за ЕС както за мъжете, така и за жените, а смъртността от рак през 2021 г. е близка до средната стойност за ЕС. Въпреки това България е една от двете държави в ЕС, която е отбелязала увеличение на смъртността от рак през последното десетилетие. Смъртността е намаляла във всички други държави. При българските мъже бремето от рака е значително по-голямо, отколкото при българските жени – както по отношение на заболеваемостта, така и на смъртността. През 2023 г. България прие своя първи Национален план за борба с рака в Република България 2027 с цел подобряване на профилактиката и контрола на рака²⁹.

Смъртността от злокачествени новообразувания в България през 2023 г. е 257.4 на 100 000 души. Сред тях водещи са ЗН на трахеята, бронхите и белия дроб (48.8 на 100 000 души), ЗН на дебелото черво, ректума и ануса (39.0 на 100 000 души), следвани от ЗН на млечната жлеза (18.3 на 100 000 души), ЗН на панкреаса (17.1 на 100 000 души) и ЗН на простатата (15.0 на 100 000 души)³⁰.

Около една трета от смъртните случаи от рак се дължат на употреба на тютюн, висок индекс на телесна маса, консумация на алкохол, нисък прием на плодове и зеленчуци и липса на физическа активност. Освен това замърсяването на въздуха е важен рисков фактор за рак на белия дроб. Между 30 и 50% от раковите заболявания могат да бъдат предотвратени чрез избягване на рискови фактори и прилагане на съществуващи, основани на доказателства стратегии за превенция. Бремето от рак може да бъде намалено и чрез ранно откриване и своевременно, адекватно лечение и грижи за

²⁶ НСИ – „Здравеопазване“ (2023) - https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdraveopazvane_2023.pdf

²⁷ Eurostat Statistics Explained: Cancer Statistics (data extracted in March 2024), available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics

²⁸ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2024), *България: Здравен профил за страната 2023*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/12bffa71-bg>

²⁹ European Cancer Inequalities Registry, Bulgaria Country Cancer Profile 2024 – информация от ОИСП и Генерална дирекция „Здравеопазване и безопасност на храните“ (DG SANTE)

³⁰ Смъртност по причини. НСИ, 2023 [nsi.bg](https://www.nsi.bg)

пациентите. Много видове рак имат голям шанс за излекуване, ако бъдат диагностицирани навреме и лекувани по подходящ начин³¹.

Контролът на рака трябва да бъде част от по-всеобхватна стратегия за превенция и контрол на незаразните заболявания. Стратегията трябва едновременно да насърчава промоцията на здравето на ниво население и превенцията на заболяванията към групи и лица с висок риск. Във връзка с това Световната здравна организация препоръчва да се увеличи политическата ангажираност в областта на профилактиката и лечението на злокачествените новообразувания; да се прилагат базирани на доказателства подходи за превенция, ранно откриване, диагностика, лечение и палиативни грижи, като се използват най-добре наличните ресурси; да се разработят стандарти и инструменти за управление, планиране и провеждане на мероприятия в областта на профилактиката, ранната диагностика, лечението и изхода; развитие на широка мрежа между партньори и експерти на глобално, регионално и национално ниво; укрепване на здравната система и повишаване на капацитета и в тази област; подпомагане на страните в наблюдението на болестите и техните рискови фактори, включително проучвания на рисковите фактори, ракови регистри и регистри за скрининг на рак; улесняване на обмена на добри практики и информация между страните³².

Неинсулинозависим диабет тип 2

Диабетът е хронично заболяване, което възниква или когато панкреасът не произвежда достатъчно инсулин (хормон, който регулира кръвната захар), или когато тялото не може ефективно да използва инсулина, който произвежда. Хипергликемията или повишената кръвна захар, е често срещан ефект от неконтролиран диабет и с течение на времето води до сериозно увреждане на много от системите на тялото, особено на нервите и кръвоносните съдове.

Захарен диабет тип 2 е най-честият тип диабет (90% от случаите на диабета в света)³³. Началото му може да бъде по-отчетливо, подобно на захарен диабет тип 1, но обичайно дълго време липсват симптоми и трудно може да се определи началото на заболяването. В резултат на това има дълъг преддиагностичен период и около 1/3 до 1/2 от популацията със захарен диабет тип 2 остава недиагностицирана. При диабет тип 2 с наличие на симптоми (например полиурия, полидипсия и необяснима загуба на тегло) диагнозата може да се постави въз основа на случайна венозна плазмена концентрация

³¹ Cancer. Fact sheet N°297. WHO, updated 3rd of February 2025, available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

³² World Health Organization, available at: <https://www.who.int/europe/activities/preventing-and-treating-cancer>

³³ Международна диабетна асоциация - Факти и графики за диабета - <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>

на глюкоза $\geq 11,1$ mmol/l или при липса на симптоми в резултат на случайна плазмена концентрация на глюкоза от $\geq 7,0$ mmol/l. Понякога диабетът се манифестира първо с усложненията си като зрителни увреждания, лошо зарастващи рани на долните крайници, сърдечно-съдови заболявания и др.

През 2021 г. заболяването засяга 537 милиона от населението на света. Предвижда се този брой да нарасне до 643 милиона към 2030 година, а към 2045 година се счита, че ще достигне 783 милиона. Броят на децата и юношите с диабет също нараства ежегодно. Към 2021 година над 1.2 милиона деца са с диабет тип 1. Повече от половината са на възраст под 15 години. Бременните жени с гестационен диабет често раждат деца с макрозомия и са с повишен риск от усложнения при раждането както за плода, така и за майката.

В Европа за 2021 г. разпространението на захарния диабет е 9.2% или 61 милиона от 670 милиона души възрастно население³⁴. Счита се, че един на всеки трима с диабет е недиагностицирана една на всеки седем бременни е с гестационен диабет. Децата и юношите с диабет тип 1 в Европа наброяват 295 000 души.

Захарният диабет в България към 2024 г. има честота 16.55% (диагностициран – 8.22% и недиагностициран – 8.33%), а преддиабетът – 20.6% (нарушен глюкозен толеранс – 8.2% и нарушена гликемия на гладно – 12.4%), като смъртността към 2023 г. съставлява 21.6 на 100 000 души от населението. Около 75% от диагностицираните диабетици са с лош метаболитен контрол, което води до развитие на усложнения - миокарден инфаркт, мозъчен инсулт, слепота, ампутации на крайниците и хронична бъбречна недостатъчност.

Дългосрочната прогноза и качеството на живот на диабетно болните зависят от развитието и тежестта на късните усложнения като диабетна ретинопатия, диабетна нефропатия, макроангиопатия, мозъчно-съдова болест и исхемична болест на сърцето.

Рискови фактори, водещи до възникване на това заболяване са затлъстяване, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност, фамилна анамнеза. Съчетаването на диабета с хипертония, повишен серумен холестерол и тютюнопушене увеличава многократно риска за здравето.

³⁴ Борисова, Анна-Мария И., Трифонова, Бояна Ц., Даковска, Лилия Н., Топчиева, Нериман Е., Вуков, Мирчо Д. Разпространение на захарния диабет и преддиабет в България през 2024 година Ендокринология 2024; 2:134-141

Проучвания установяват съкращаване на продължителността на живота с 5-10 г. при болни на възраст над 40 г.³⁵ Най-честите причини за смърт при захарен диабет тип 2 са сърдечно-съдови заболявания и бъбречна недостатъчност.

Захарният диабет може да бъде контролиран с подходящи грижи, обучение и съвременно лечение. Глобалният договор за диабета (The Global Diabetes Compact) на СЗО, стартиран през 2021 г., включва визията за намаляване на риска от диабет и гарантиране, че всички хора, които са диагностицирани с диабет, имат достъп до справедливо, всеобхватно, достъпно и качествено лечение и грижи³⁶. Също така, той ще подпомогне превенцията на диабет тип 2 от затлъстяване, нездравословна диета и липса на физическа активност. Идентифицирани са осем ключови въпроса, имащи отношение към диабета, а именно: обединяване на заинтересованите страни, интегриране на профилактиката и управление на диабета в първичното здравеопазване, отстраняване на пропуските в изследванията и нормативните изисквания, подобряване на достъпа до диагностика на диабета, лекарства и здравни продукти, особено инсулин, в страните с ниски и средни доходи, разработване на цели за глобално покритие на лечението на диабет, подобряване на грижата за диабета в условията на хуманитарни извънредни ситуации, подобряване на разбирането за диабета и извличане на опит от COVID-19 пандемията.

Наднормено тегло, в т.ч. затлъстяване

Наднорменото тегло и затлъстяването се определят като необичайно или прекомерно натрупване на мазнини, което представлява риск за здравето. СЗО, Американската медицинска асоциация (АРА), Световната федерация по затлъстяване (World Obesity Federation), Европейската група за изучаване на детското затлъстяване (ECOG) и други авторитетни организации консенсусно приемат затлъстяването при деца и възрастни като комплексно мултифакторно хронично заболяване, а не само като рисков фактор за развитието на други хронични незаразни болести (ХБН). На популационно ниво при възрастното население наднормено тегло се дефинира като Индекс на телесна маса (ИТМ) над 25, а затлъстяване като ИТМ над 30. В детска възраст оценката се извършва с помощта на различни гранични стойности на ИТМ, диференцирани по пол и възраст.

³⁵ Stierman B, Afful J, Carroll MD, Chen T-C, Davy O, Fink S, et al. National Health and Nutrition Examination Survey 2017–March 2020 Prepandemic Data Files—Development of Files and Prevalence Estimates for Selected Health Outcomes National Health Statistics Reports, Number 158 vol. June 14, 2021.

³⁶ The Global Diabetes Compact - progress in supporting its workstreams: technical report. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Затлъстяването е свързано с над 200 медицински усложнения³⁷ и оказва значително влияние върху благополучието и качеството на живот, като се явява основен рисков фактор за по-ранно възникване и по-тежко протичане на редица ХНБ и техните усложнения – сърдечно-съдови заболявания като исхемична болест на сърцето, инсулт и хипертония, захарен диабет тип 2 и свързаните с него усложнения, включително слепота, ампутации на крайници и необходимост от диализа; мускулно-скелетни нарушения, включително остеоартрит, някои видове рак, включително рак на ендометриума, гърдата, яйчниците, простатата, черния дроб, жлъчния мехур, бъбреците, дебелото черво и други. Рискът от тези ХНБ се увеличава дори и при леко изразено наднормено тегло и става по-сериозен с нарастването на индекса на телесна маса (ИТМ). Затлъстяването в детска възраст е свързано с широк спектър от сериозни здравословни усложнения и повишен риск от преждевременна поява и по-тежко протичане на свързани заболявания. Проучвания са установили, че без намеса в дългосрочен план детското затлъстяване се свързва с повишен риск от запазване на затлъстяването в зряла възраст.

Свързаният със затлъстяването влошен здравен статус е причина за над 5 милиона смъртни случая в световен мащаб годишно, като повече от половината настъпват сред лица под 70-годишна възраст³⁸.

Световната федерация по затлъстяване в доклада си от 2024 г. обръща внимание, че превенцията и лечението на затлъстяването може да изискват финансови инвестиции, но цената на неуспешната профилактика и лечение ще бъде много по-висока.

Проучването на глобалното бреме на заболяванията (Global Burden of Disease) от 2024 г. посочва, че наднорменото тегло и затлъстяването са причина за между 5% и 42% от смъртните случаи при възрастни от четирите водещи хронични незаразни болести, и между 5% и 52% от годините живот, коригирани спрямо увреждането (DALY) при възрастното население от тези ХНБ. Изчислява се, че наднорменото тегло и затлъстяването са причина за 42% от смъртните случаи при възрастни от захарен диабет тип 2, 19% от исхемична болест на сърцето, 17% от инсулт и 5% от злокачествени заболявания³⁹.

Запазва се негативната глобална тенденция за нарастване на относителния дял на наднормено тегло и затлъстяване сред възрастното население и децата. От 1990 г. до 2022

³⁷Европейски парламент, 2023. Доклад относно незаразните болести A9-0366/2023 https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0366_BG.html

³⁸ World Obesity Federation, 2022. The Economic Impact of Overweight & Obesity 2nd Edition with Estimates for 161 Countries. URL <https://data.worldobesity.org/publications/>

³⁹IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation), 2024. Global Burden of Disease. University of Washington. Online database: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

г. процентът на децата и юношите на възраст 5–19 години, живеещи със затлъстяване, се е увеличил четири пъти от 2% на 8% в световен мащаб, докато процентът на възрастните на възраст над 18 години, живеещи със затлъстяване, се е увеличил повече от два пъти от 7% на 16%.

В Европейския регион на СЗО затлъстяването представлява нарастващо предизвикателство пред здравните системи, като едно на всеки три деца в училищна възраст, всеки четвърти юноша и почти 60% от възрастното население живеят с наднормено тегло или затлъстяване. В последните анализи буди тревога устойчивото нарастване на разпространението на наднорменото тегло и затлъстяването в Европейския регион на СЗО, като нито една държава членка не е на път да постигне целта за спиране на нарастването на затлъстяването до 2025 г. Последните оценки показват, че наднорменото тегло и затлъстяването са причина за повече от 1.2 милиона смъртни случая в Европейския регион на СЗО всяка година, което съответства на повече от 13% от общия брой смъртни случаи, и се нарежда на четвърто място след високото кръвно налягане, нездравословното хранене и тютюнопушенето⁴⁰.

Прогнозите за глобалните нива на наднормено тегло и затлъстяване сочат, че близо 3.3 милиарда възрастни може да бъдат засегнати до 2035 г. спрямо 2.2 милиарда през 2020 г. Това отразява увеличение от 42% от населението в зряла възраст през 2020 г. до над 54% до 2035 г. За децата на възраст от 5 до 19 г. с наднормено тегло и затлъстяване за същия период стойностите се очаква да нарастват от 22% (430 милиона) до над 39% (770 милиона) до 2035 г.

Най-актуалните към момента национално представителни данни от проведеното в България през 2020 г. проучване на факторите на риска за здравето в рамките на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2021-2025 г. отчитат затлъстяване от 2.1% при децата на 1-4 г. (намаляване с 2.9% спрямо 2014 г.) и от 12.8% при децата от 5 до 18 г. (повишаване с 2.5% спрямо 2014 г.). Със затлъстяване са момчетата от 5 до 9 г. – (18.6% през 2020 г. и нарастване с 6.8% спрямо 2014 г.) и момичетата на 10-13 г. (16.1% през 2020 г. и нарастване с 5.7% спрямо 2014 г.). Запазва се висока честота на затлъстяване сред населението в активна възраст. Със затлъстяване на 30-59 г. са 26.3% от мъжете (намаляване с 2.7% спрямо 2014 г.) и 19.5% от жените (намаляване с 2.9% спрямо 2014 г.), а при изследваните на възраст 60-74 г. - 30.8% от

⁴⁰WHO Regional Office for Europe, 2022. WHO European Regional Obesity Report. ISBN: 978-92-890-5773-8. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

мъжете (нарастване с 1.5% спрямо 2014 г.) и 29.3% от жените (намаляване с 6.0% спрямо 2014 г.). Спрямо 2014 г. резултатите през 2020 г. показват благоприятна тенденция за намаляване на затлъстяването общо за населението в България от 1 до +75-годишна възраст с 2.3% (21.4% през 2020 г.), с 1.8% общо при мъжете (23.2% през 2020 г.) и с 2.4% общо при жените (20.0% през 2020 г.). На този фон следва да се отбележи неблагоприятната тенденция за нарастване на затлъстяването при децата в училищна възраст, особено силно изразена в най-рисковите възрастови групи – момчета на 5-9 г. и момичета на 10-13 г.^{41 42 43}.

Резултатите от провежданата в България в периода 2008-2023 г. Европейска инициатива на СЗО за наблюдение на затлъстяването при деца (COSI) потвърждават негативната тенденция за нарастване относителния дял на наднормено тегло, в. т. ч. затлъстяване (15.2% през 2023 г.) и тежкостепенно затлъстяване при първокласниците, като по-силно засегнати са децата от мъжки пол, учениците от селските региони и от семействата с нисък социално-икономически, здравен и хранителен статус⁴⁴.

Наднорменото тегло и затлъстяването са обусловени от влиянието на три основни групи рискови фактори – генетични, поведенчески фактори, свързани с начина на живот и фактори на заобикалящата среда. Значение за възникване на затлъстяването имат още метаболитни, хормонални, психологически и други причини. От поведенческите рискови фактори на индивидуално ниво нездравословното хранене и ниската физическа активност са с най-голяма тежест за развитие на затлъстяване. Много от причините за наднормено тегло и затлъстяване са предотвратими и обратими, което обуславя важната роля на превенцията и профилактиката в борбата с епидемията от затлъстяване.

В отговор на продължаващия неуспех да се овладее епидемията от затлъстяване, нарастващия брой засегнати лица и тежките последици за здравните системи, икономиката и обществото през 2022 г. на 75-тата Световна здравна асамблея е приет План на Световната здравна организация (СЗО) за ускоряване на мерките за спиране на затлъстяването (WHO Acceleration Plan to Stop Obesity)⁴⁵. Планът представя амбициозна

⁴¹ Чикова-Ишченер Ек., Дулева В., Рангелова Л., Димитров П. Хранителен статус на деца от 1 до 19-годишна възраст, чрез оценка на ИТМ. Българско списание за обществено здраве, 2022; 2: 166-172

⁴² Дулева В., Чикова-Ишченер Ек., Рангелова Л., Димитров П. Хранителен статус на населението от 19-годишна до 75+-годишна възраст, чрез оценка на ИТМ. Българско списание за обществено здраве, 2022; 2: 173-177

⁴³ В. Дулева, Л. Рангелова, С. Петрова, П. Димитров Хранене, хранителен статус и рискови фактори, свързани с тях, при населението от 1 до 75+ години. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести, 2014-2020, Национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в Р.България, III част, "Българско списание за обществено здраве", 2017 г., том 9, кн. 2: 4-78

⁴⁴ Чикова-Ишченер Е. Тенденции в наднорменото тегло при деца на 7-годишна възраст в България и рискови фактори, свързани с храненето. Автореферат на дисертационен труд за присъждане на образователната и научна степен

⁴⁵ World Health Organization, 2023. WHO Acceleration Plan to Stop Obesity. ISBN 978-92-4-007563-4 (electronic version). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

стратегия за спиране на нарастването на затлъстяването чрез цялостен подход, обединяващ ефективни политики, базирани на доказателства в областта на здравеопазването, икономиката, градското планиране и социалната защита, като е насочен към периода до 2030 г. Ключови действия и политики, които всяка държава трябва да въведе според възможностите си, са: облагането с данъци на безалкохолни напитки, подсладени със захар; ограничаване на рекламата на нездравословни храни, особено тази насочена към деца; организиране на образователни и социални кампании за повишаване информираността на населението; укрепване на системите за обществено хранене, с фокус към училищата; по-добра интеграция на превенцията и лечението на затлъстяването в първичната медицинска помощ; улесняване на достъпа до диагностични инструменти, проследяване и лечение, особено в страни с ниски и средни доходи; създаване на среда, която насърчава физическата активност, като достъпни паркове, велоалеи и безопасни зони за движение; въвеждане на фискални политики за субсидиране на здравословни храни и увеличаване на достъпа до качествено хранене и здравеопазване в слоеве на обществото с по-нисък социално-икономически статус. За успешното устойчиво реализиране на плана в дългосрочен план се изискват твърда политическа воля, достатъчни финансови ресурси и активно международно сътрудничество.

Намаляването на риска от наднормено тегло и затлъстяване включва намаляване на енергийния прием за сметка на ограничаване на мазнините и захарите с паралелно увеличаване на консумацията на плодове, зеленчуци, бобови и пълнозърнести храни, и ядки и ангажиране с редовна физическа активност (60 минути на ден за деца и 150 минути на седмица за възрастни). При кърмачетата проучванията показват, че изключителното кърмене от раждането до 6-месечна възраст има протективен ефект и намалява риска от наднормено тегло или затлъстяване в по-късна възраст.

Хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ) е четвъртата по честота причина за смъртен изход в света. По данни на СЗО ХОББ е отнела живота на над 3.5 милиона души през 2021 година.

Европейският съюз не анализира поотделно данните за ХОББ, а ги представя като компонент на нозологията „Болести на дихателната система“.

Евростат сочи, че в Общността смъртните случаи, дължащи се на респираторни заболявания (общо, без конкретизация), съставляват 6.1% от всички умирения за 2021 г., което превръща дихателните болести в третата най-честа причина за смърт в ЕС след

сърдечно-съдовите заболявания и злокачествените новообразувания. По този показател България показва стойности 2 пъти над средните за ЕС (съответно за ЕС – 65,5 ‰, за България – 135.3‰). Във всички страни от ЕС стандартизираните нива на смъртност при мъжете са по-високи от тези при жените през 2021 г. Разликата между половете може поне отчасти да се дължи на различни навици за пушене между половете или на професионални рискове (например повече мъже работят в добивни индустрии като въгледобива, което може да увеличи риска от респираторни заболявания)⁴⁶.

Според Здравен профил за страната - 2023 г., заболяванията на дихателните пътища представляват 4.6% от всички смъртни случаи у нас през 2021 г., като 0.9% от тях се дължат на ХОББ⁴⁷.

По данни на Министерство на здравеопазването през 2018 г. между 5 и 10% от българите са с ХОББ, а едва 75 000 от тях се лекуват. По неофициални данни броят на болелите в страната е не по-малко от 500 000 души⁴⁸. Според Европейското респираторно дружество в Европа всяка година от ХОББ умират 300 000 души. Специалистите смятат, че честотата на ХОББ у нас е значително над средната за Европа и обхваща повече от 10% от населението над 40-годишна възраст.

Основна причина за възникване и развитие на хроничната обструктивна белодробна болест е цигареният дим. Влияние оказват също и замърсеният атмосферен въздух, както и този в домашни условия (вкл. вторичен цигарен дим), наличието на прах и химически вещества на работното място, честите инфекции на дихателните пътища в детството. Предполага се, че ако не се вземат необходимите мерки за ограничаване на рисковите фактори, водещи до възникване на ХОББ, смъртността от тази болест ще се увеличи с 30% до 2030 г. ⁴⁹.

Класифицирането и лечението на ХОББ са отразени в препоръките на Глобалната инициатива за ХОББ (GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), ревизирани през 2014 г. В препоръките пациентите са класифицирани в четири групи (според тежестта на ХОББ) – А, В, С и D, с цел адекватен избор на терапия, като терапевтичният подход трябва да бъде индивидуализиран за всеки пациент⁵⁰.

⁴⁶ Eurostat Statistics Explained: Respiratory Diseases Statistics, Deaths from Respiratory Diseases (data extracted in July 2024), available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Respiratory_diseases_statistics&oldid=497079#Deaths_from_diseases_of_the_respiratory_system

⁴⁷ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2024), *България: Здравен профил за страната 2023*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/12bffa71-bg>.

⁴⁸ <https://clinica.bg/10159-mejdu-5-i-10-ot-bylgarite-stradat-ot-hobb>.

⁴⁹ Global status report on noncommunicable diseases 2023, World Health Organization, 23 December 2024, <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

⁵⁰ Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD Updated, 2014, available at: <https://goldcopd.org/>

- Група А - пациентите имат малко симптоми и нисък риск за екзацербации;
- Група В - пациентите имат по-изразени симптоми, но нисък риск за екзацербации;
- Група С - пациентите са с малко симптоми, но с висок риск от екзацербации;
- Група D - пациентите са с изразени симптоми и висок риск от екзацербации.

ХОББ е сериозно предизвикателство за общественото здраве. Тя е основна причина за хронична заболяемост и смъртност в целия свят. Много хора страдат от това заболяване в продължение на години и умират преждевременно от него или неговите усложнения. В световен мащаб се очаква тежестта на ХОББ да се увеличава през следващите десетилетия поради продължаващото излагане на рискови фактори и застаряването на населението. Изчислено е, че повишеното разпространение на тютюнопушенето, съчетано със застаряването на населението в страните с висок доход, ще доведат до над 5.4 милиона смъртни случая годишно от ХОББ и свързаните с него заболявания до 2060 г. Идентифицирането и намаляването на експозицията на рискови фактори е важно не само за първичната профилактика на ХОББ, но също като част от лечението на пациентите.

Пушенето на цигари е най-често срещаният и лесно разпознаваем рисков фактор за ХОББ. Спирането на тютюнопушенето е ключова интервенция за всички пациенти с това заболяване, и затова всички хора, които пушат, трябва да бъдат силно насърчавани и подкрепяни в отказването му. Намаляването на общата лична експозиция на професионален прах, изпарения и газове, както и на битови и външни замърсители на въздуха, също трябва да се имат предвид⁵¹.

Основните цели в лечението на ХОББ са: да се подобри качеството на живот на пациентите чрез контролиране на симптомите, редуциране честотата и тежестта на обострянията и забавяне на прогресивния ход на заболяването, което ще доведе до намаляване и на смъртността. Въпреки че пълно оздравяване от хронична обструктивна белодробна болест не е възможно, съвременните терапевтични средства и стандарти за лечение могат да осигурят ефективна превенция и повлияване (особено в ранните стадии) на болестта.

СЗО препоръчва да се повиши информираността на населението, да се създаде здравословна околна среда, да се ограничат факторите на риска, водещи до заболяването, особено на употребата на тютюневи изделия, да се подобри

⁵¹ Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease, 2024 GOLD Report, Global Strategy For Prevention, diagnosis and management of COPD: 2024 Report, <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>, https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/02/GOLD-2024_v1.2-11Jan24_WMV.pdf

физическата активност и нездравословното хранене, което на свой ред ще доведе до намаляване на инвалидността и преждевременната смъртност и до поддържане качеството на живот на болните от ХОББ.

Социално-икономическо въздействие на ХНБ

Доброто здраве зависи от взаимодействието на редица фактори - индивидуални особености, наследственост, начин на живот, социално-икономически и културни фактори, околна среда, здравна система и т.н., като преобладаващо значение за здравето имат икономическият статус, личното поведение и околната среда.

Хроничните незаразни болести (ХНБ) – сърдечно-съдови, онкологични, хронични белодробни болести и диабет, са главна причина за умиранията и инвалидността в света. Намаляването на факторите на риска за възникването им не само понижава заболяемостта и смъртността, но и ограничава социално-икономическата тежест върху обществото. От гледна точка на профилактичните стратегии, именно модифицируемите (предотвратими) фактори имат първостепенно значение, тъй като са свързани с поведението и социалната среда на индивидите.

Болестите на органите на кръвообращението са една от основните причини за смъртност във всяка от държавите членки на ЕС и представляват значителна тежест за системите на здравеопазване и държавните бюджети. Над 3/4 от смъртните случаи от БОК са в страни с ниски и средни доходи, което разкрива голямото неравенство между държавите и отделни групи от населението по отношение на честотата на БОК и изхода от тях.

Злокачествените новообразувания (ЗН) са втората водеща причина за смърт в света, която по данни на СЗО⁵² през 2022 г. е довела до близо 9,7 милиона смъртни случая. Между 30 и 50% от онкологичните заболявания могат да бъдат предотвратени чрез избягване на рискови фактори и прилагане на съществуващи, основани на доказателства стратегии за превенция. Бремето от тези болести може да бъде намалено и чрез ранно откриване и своевременно, адекватно лечение и грижи за пациентите.

Диабетът е сериозен медико-социален проблем за всички страни в света. Той е свързан с остаряването на населението, нарастващата урбанизация, нездравословният модел на хранене, намалената физическа активност и други вредни привички в поведението и стила на живот. За една година по причини, свързани с него, в света

⁵² Cancer Today -

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/tables?mode=cancer&cancers=39&group_populations=1&multiple_populations=1&types=1, последно достъпен: 03.06.2025г.

умират 6.7 милиона души⁵³. Разпространението на диабета се увеличава по-бързо в страните с ниски и средни доходи, отколкото в страните с високи доходи⁵⁴.

Опитът на водещите страни показва, че ранната диагноза, ефективната профилактика и лечение на диабета и неговите усложнения, както и обучението на пациентите, са от съществено значение за ограничаване на заболяемостта, на появата и прогресирането на усложненията, на инвалидността и смъртността, което води до подобряване на качеството на живот на хората с диабет и значително снижаване на разходите за заболяването.

Затлъстяването оказва значително влияние върху благополучието и качеството на живот, като се явява основен рисков фактор за по-ранно възникване и по-тежко протичане на редица ХНБ и техните усложнения. Освен здравните, значителни са и икономическите и социалните последици от затлъстяването за цялото общество. Настоящите годишни глобални разходи за лечение на затлъстяването и съпътстващите го усложнения възлизат на около 2 трилиона щатски долара. От тях едва една трета са преки разходи за лечение, а останалите две трети са индиректни разходи, дължащи се на преждевременна смъртност (69%) и загуби в производителността на труда (31%). Прогнозира се, че продължаващото нарастване на относителния дял на наднорменото тегло и затлъстяване в световен мащаб ще доведе до загуби за световната икономика от над 4 трилиона щатски долара през 2035 г., което представлява близо 3% от световния брутен вътрешен продукт⁵⁵. Приемани в миналото за обществен здравен проблем единствено в страните с високи доходи, днес най-високото разпространение на наднормено тегло и затлъстяване в света се отчита сред част от страните със средни доходи⁵⁶.

Хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ) е четвъртата по честота причина за смъртен изход в света. Около 90% от смъртните случаи са на хора под 70 г. от страни с ниски и средни доходи. В страните с високи доходи тютюнопушенето е доказана причина за над 70% от случаите на ХОББ. В слабо развитите страни то е причина за около 30-40% от случаите на ХОББ, а замърсяването на въздуха е основен рисков фактор⁵⁷. Хроничната обструктивна белодробна болест е с голяма

⁵³ International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th edn. Brussels: International Diabetes Federation, 2021.

⁵⁴ Zhou, Bin et al. Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants The Lancet, 2024 Volume 404, Issue 10467, 2077 – 2093

⁵⁵ World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2024. London: World Obesity Federation, 2024.

<https://data.worldobesity.org/publications/?cat=22>

⁵⁶ Obesity and overweight: Fact sheet, WHO (updated March 2024), достъпен на: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

⁵⁷ Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Fact sheet, WHO (November 2024). Available at: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

здравна, социална и икономическа тежест. Често ХОББ не се диагностицира навременно или се диагностицира неправилно, което допринася за продължаващото нарастване на разпространението, заболяемостта и смъртността, свързани с това заболяване⁵⁸.

2.2. Основни рискови фактори

Делът на умиранията, дължащи се на поведенческите рискови фактори, се оценява на 51% от всички смъртни случаи в България, спрямо 39% в целия ЕС. Рисковете, свързани с хранителния режим, включително ниската консумация на плодове и зеленчуци и високата консумация на захар и сол, имат определена роля за 33% от всички смъртни случаи през 2017 г., което е най-високият дял в ЕС и надвишава почти двойно средната стойност за ЕС (18%). Тютюнопушенето (включително активното и пасивно пушене) е допринесло за приблизително 21% от всички смъртни случаи, докато около 5% се дължат на употребата на алкохол, а 4% - на ниската физическа активност⁵⁹.

Тютюнопушене

Тютюнопушенето е един от основните поведенчески фактори на риска за здравето, водещ до възникването на ХНБ, сериозен медико-социален проблем и една от основните предотвратими причини за смърт и инвалидност в света. През 2021 г. са отчетени 6.18 милиона умирания, свързани с пушенето (13.9% при мъжете и 3.1% при жените), а излагането на тютюнев дим е довело съответно до 7.25 милиона умирания (15.1% при мъжете и 5.2% - при жените)⁶⁰.

През 2023 г. 24% от европейците се определят като пушачи, а близо 780 000 губят всяка година живота си поради употреба на тютюн. Тютюнопушенето е водеща причина за рак (27% от всички ракови заболявания), а целта на Европейския план за борба с рака е до 2040 г. по-малко от 5% от населението на региона да употребява тютюневи продукти, превръщайки се в първото свободно от тютюн поколение⁶¹. Тютюнопушенето повишава относителния риск от рак на ларинкса – с 375%, белодробен рак – със 107%,

⁵⁸ Fromer L. et Cooper C. A review of the GOLD guidelines for the diagnosis and treatment of patients with COPD. Int J Clin Pract. 62 (8): 2008. Available <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18547365/>

⁵⁹ State of Health in the EU, Здравен профил на страната, 2019 г. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_bulgarian.pdf

⁶⁰ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD 2021 Cause and Risk Summary: [Tobacco, Tobacco smoke]. Seattle, USA: IHME, University of Washington, 2024.

<https://www.healthdata.org/research-analysis/diseases-injuries-risks/factsheets/2021-smoking-level-3-risk>
<https://www.healthdata.org/research-analysis/diseases-injuries-risks/factsheets/2021-tobacco-smoke-level-2-risk>

⁶¹ Съобщение за медиите 3.12.2024 г. Брюксел

Комисията приветства препоръката на Съвета относно по-строги мерки за среда без тютюнев дим https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_24_6185

други видове рак на фаринкса (без назофарингеален рак) – с 92%, рак на панкреаса – с 52%, рак на пикочния мехур – с 40%, рак на хранопровода – с 29%, рак на шийката на матката – с 24%, рак на стомаха – с 10%.

Същото важи и за редица други заболявания: аневризма на аортата – със 150%, заболяване на периферните артерии – със 137%, ХОББ – със 72% при 20 години средно интензивно тютюнопушене, инфекции на долните дихателни пътища – с 54%, туберкулоза – с 31%, множествена склероза и ревматоиден артрит с около 24%, исхемичен инфаркт – с 20%, пептична язва и дегенерация на макулата – с 19-20%, инсулт, диабет тип 2 и катаракта – с 15-17%⁶².

През 2021 г. приблизително 1.1 милиона смъртни случая, еквивалентни на 21% от всички умирания, са свързани със съчетаното въздействие на пушене, злоупотреба с алкохол и висок индекс на телесната маса. През 2022 г. 18% от възрастното население са ежедневни пушачи⁶³.

В България тютюнопушенето във всичките му форми е една от причините за приблизително 18% от всички смъртни случаи при 17% в ЕС⁶⁴. Според предвиждането в рамките на стратегическото планиране на ОИСР в областта на общественото здраве (SPHeP) постигането на свързаните с тютюнопушенето цели може да предотврати 24 663 нови случая на рак в България до 2050 г.⁶⁵.

Докато разпространението на тютюнопушенето в Европейския регион е намаляло със 17% между 2010 и 2025 г., в България делът на употребяващите тютюневи изделия нараства. При подрастващите делът на употребяващите електронни цигари варира от 15% до 25% в различните страни, докато при възрастните средният дял е 2%⁶⁶.

Независимо от позитивните промени в света, като цяло, в момента Европейският регион е на едно от първите места със своите 25.3% от възрастното население, употребяващи тютюневи изделия. В Доклада на СЗО са представени тенденциите в разпространението на употребата на тютюн 2000–2030 г.⁶⁷

⁶² Dai, Xiaochen et al. "Health effects associated with smoking: a Burden of Proof study." *Nature medicine* vol. 28,10 (2022): 2045-2055. doi:10.1038/s41591-022-01978-x <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36216941/>

⁶³ Health at a Glance: Europe 2024 State of Health in the EU Cycle available at: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en/full-report/component-4.html#section-d1e688-3a75654bb6

⁶⁴ State of Health in the EU, Здравен профил на страната 2023 г. https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_bg_bulgarian.pdf

⁶⁵ OECD/European Commission (2025 г.), Профил на държава от ЕС по отношение на рака: България 2025 г., Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/2015de3b-bg>.

⁶⁶ EuroHealthNet Country Exchange Visit: Curbing the consumption of tobacco and nicotine-based products in Europe: What works? 20-21 November 2024, Budapest https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/publications/2024/2411_cev_budapesttobaccoconsumption_report.pdf

⁶⁷ Доклад на СЗО за тенденциите в разпространението на употребата на тютюн 2000–2030, СЗО, 2024 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375711/9789240088283-eng.pdf?sequence=1>

Употребяващи тютюневи изделия понастоящем (%)

В света	общо - 20.9% , мъже - 34.4 %, жени - 7.4%
В Европа	общо - 25.3%, мъже - 32.0%, жени - 18.5%
В България	общо - 39.5% мъже - 40.3% жени - 38.7%

Употребяващи цигари понастоящем (%)

В света	общо – 15.0% , мъже - 25.5 %, жени - 4.4%
В Европа	общо - н.д., мъже - 29.0%, жени - 17.0%
В България	общо - 36.2% мъже - 37.4% жени - 34.9%

Резултатите от последното проучване на Европейската комисия (ЕК), Специален Евробарометър 539 – „Отношение на европейците към тютюна и свързаните продукти“, проведено през май-юни 2023 г., потвърждават тенденцията към намаляване на тютюнопушенето в Европа, започнала през 2012 г.

Запазват се и силно изразените регионални разлики в разпространението на употребата на тютюневи изделия, с постоянно по-високи нива на тютюнопушене в страните на Южна Европа, в т.ч. и България, където над една трета от проучените лица са пушачи. България (37%) изпреварва Гърция (36%) и Хърватия (35%) по дял на настоящите пушачи, докато в Нидерландия (11%) и Швеция (8%) този дял е три и повече пъти по-малък. Делът на пушачите на възраст над 15 г. в България е 37%. В средата на 2023 г. 49% от мъжете и 27% от жените са настоящи пушачи на традиционни тютюневи изделия. Най-големи са относителните дялове на пушачите сред мъжете и жените във възрастовите групи 25- 39 и 40- 54 г. – съответно 52% и 53%. С нарастване на възрастта делът на пушачите намалява и сред населението на възраст 55 и повече години настоящите пушачи са 24%⁶⁸.

По данни на НСИ⁶⁹ за 13-годишен период (2010-2023 г.), потреблението на цигари средно на лице от домакинство нараства, като достига през последната година 1005 цигари.

През последните години в европейските страни все по-популярни са *електронните цигари и други сходни изпаряващи устройства*, при които течността се превръща в аерозол (пара). През 2023 г. в България 3.0% от лицата на възраст 15 и повече години използват такива устройства (всеки ден или понякога), 2% вече са ги отказали, а 11% са ги опитвали поне веднъж⁹. Растящата им употреба, както и тютюнопушенето сред

⁶⁸ Special Eurobarometer 539 Attitudes of Europeans towards tobacco and related products may-june 2023, available at: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2995>

⁶⁹ Национален статистически институт, 2024, <https://www.nsi.bg/bg/content/3269/хранителни-стоки>

децата и подрастващите остават все така сериозен и приоритетен проблем на общественото здраве в България, като разликата между двата пола практически изчезва.

По данни на проучване (2022 г.) сред 44 страни и региони от Европа, Централна Азия и в Канада, България е на първо място по дял на 11-годишни деца, опитвали цигари (18% от момчетата), както и на станалите настоящи пушачи – 13% от тях. България води и по дял на настоящи пушачи сред 13-годишните – 17% от момчетата. Страната ни е на второ място по дял настоящи пушачи на цигари сред 15-годишните – по 32% от момчетата и момичетата, и на трето място по опитвали цигари 13-годишни – 24% от момичетата⁷⁰.

Що се отнася до новите никотинови продукти, стремително набиращи популярност сред децата и подрастващите, 11-годишните българчета отново са на първо място сред децата от другите проучвани страни като настоящи пушачи на електронни цигари – по 12% от момичетата и момчетата на тази възраст са го правили през последния преди проучването месец. Същото е положението и при 13-годишните – първо място сред проучваните страни и региони с 23% от момичетата, понастоящем пушещи електронна цигара. Петнадесетгодишните са на трето място с 34% от момичетата и 31% от момчетата – настоящи пушачи на електронни цигари.

При съпоставяне дела на настоящите пушачи в трите възрастови групи с дела на опитвалите електронна цигара в същите групи става очевидно, че 80% от най-малките експериментатори, 70% от по-големите и над 65% от най-големите стават настоящи пушачи на електронни цигари.

Друга характеристика на децата и подрастващите в България, които са опитвали или употребяват тютюневи и никотинови изделия, е по-големият дял на момичетата-пушачи от високодоходните групи. И докато при тютюневите цигари момчетата-пушачи са повече при нискодоходните групи, при електронните цигари опитвалите и употребяващите и от двата пола са повече във високодоходните групи. Този дял е от два до три пъти по-голям от средния за Европа. Резултатите от това проучване налагат разгръщане на базирани на научни данни общи и целеви инициативи за превенция и подкрепа на подрастващите, които вече употребяват никотин, като се полагат повече усилия за намаляване на привлекателността на съдържащите никотин продукти за младите хора.

⁷⁰ A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 3
<https://iris.who.int/handle/10665/376573>

Доказали своята ефективност за намаляване на разпространението, когато са пълно и стриктно прилагани, са ключовите мерки за ограничаване на търсенето и предлагането на системата MPOWER на СЗО: повишаване на акцизите и цените, забрана за пушене на обществени места, големи нагледни здравни предупреждения върху опаковките на продуктите, пълна забрана за реклама, промоции и спонсорство от тютюневи компании. Редовното и своевременно мониториране на тези политики е ключово за повишаване на способността на населението да прави здравословен избор и да се съпротивлява на манипулациите на тютюневата индустрия.

Контролът върху тютюна е ключова част и от Програмата на ООН за устойчиво развитие до 2030 г. Една от нейните цели е подобряването на прилагането на Рамковата конвенция за контрол на тютюна на СЗО на национално ниво – по-цялостно изпълнение на единствения правно обвързващ международен договор в областта на здравето за XXI век, в който България е активен партньор.

Само системен и всестраниен подход към тютюнопушенето като рисков за здравето фактор, когато контролът на предоставянето се допълва от предотвратяване на търсенето, а междусекторното сътрудничество и координация са основополагащи методи, може да доведе до съществени промени в разпространението му. И Програмата за контрол на ХНБ е една доказала се част от такъв подход.

Употреба на алкохол

Десетилетия на научни изследвания демонстрират отрицателното въздействие на алкохола върху здравето, но общественото осъзнаване на тези рискове остава ограничено. Здравните последици от алкохолната консумация често се пренебрегват или не се разбират напълно, което се отразява както на общественото мнение, така и в политиките на национално и глобално ниво.

Като един от водещите фактори за нездравословен начин на живот, алкохолът представлява значителен обществен проблем в много държави, включително в България, което налага по-задълбочен научен и политически подход за справянето с последиците от неговата употреба.

Консумацията на алкохол е била причина за 2.6 милиона смъртни случая през 2019 г., което представлява 4.5% от глобалното бремене на болестите. Според последния доклад на СЗО 44% от световното население употребява алкохол; най-високи нива на консумация се наблюдават в развитите страни, със средна годишна консумация, възлизаща на 12 г чист алкохол на ден. В Европа (регионът с най-високи стойности на

употреба) 62.4% от населението консумира алкохол, а средната годишна употреба се равнява на 9.2 литра (14.7 литра, или 31.9 г/ден, за населението с настояща употреба).⁷¹ В световен мащаб седем от десетте държави с най-висока консумация са в ЕС; а една от тези страни е България.

Световната здравна организация посочва, че 66.2% от българите употребяват алкохол, като при мъжете този процент е значително по-висок (76.5%) в сравнение с жените (56.7%). Средната годишна консумация в страната е 11.92 литра чист алкохол, а за населението с настояща употреба се отчитат 18 литра чист алкохол. Установяват се три пъти по-високи стойности сред регулярно консумиращите мъжете (25.5 литра), което посочва и значителни различия между двата пола при употребата на алкохол.¹

България се отличава с високи нива на консумация както като процент на употреба сред настоящите потребители, така и като количество чист алкохол, надхвърляйки значително средните стойности, отчетени в други региони по света.

Това явление се потвърждава и от данните на НСИ в периода 2011-2023 г. за страната. Наблюдава се значително нарастване на потреблението на алкохолни напитки средно на лице от домакинство с 11.7 литра. Основната причина за тази тенденция е увеличаващата се консумация на бира сред населението от 15.6 л през 2011 г. до 26.6 литра през 2023 г..⁷²

Регистрираните случаи на алкохолна интоксикация (по данни на НЦОЗА) показват нарастване за последните четири години (8160 през 2020 г., 7452 през 2021 г., 8433 през 2022 г., 9392 през 2023 г. и 9028 през 2024 г.), което кореспондира с тенденцията за увеличаващата се алкохолна консумация, и неизбежно води до повишаване на здравния риск.⁷³

Високите стойности и представените тенденции подчертават необходимостта за системен мониторинг на алкохолната консумация. Систематичното проследяване ще позволи идентифицирането на промените относно алкохола като основен рисков фактор и ще подпомогне фокусирането на усилията върху най-критичните области.

Алкохолната консумация е включена като основен фактор в рамките на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести (НППХНБ) за периодите 2014-2020 г. и 2021-2025 г. Националното проучване на факторите на риска

⁷¹ World Health Organization (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁷² Национален статистически институт (2024). Потребление на основни хранителни продукти средно на лице от домакинство, <https://www.nsi.bg/bg/content/3255/годишни-данни>

⁷³ Национален център по обществено здраве и анализи. (2024). Регистрирани случаи на остри интоксикации, https://ncpha.government.bg/uploads/statistics/current/2024/phsyho_24.pdf

за здравето в Република България, провеждано в рамките на Програмата, проследява разпространението му сред населението на страната.

Резултатите от проведеното изследване през 2020 г. след населението над 20-годишна възраст демонстрират, че 65.5% от анкетираните лица консумират алкохолни напитки; 25.5% от тях употребяват алкохол редовно, а 40% – понякога. Мъжете по-често пият ежедневно в сравнение с жените (40.8% срещу 14.7%), като най-високият дял при мъжете се наблюдава във възрастовата група 45-54 години (47.3%), което се наблюдава и при жените на същата възраст (18.4%).⁷⁴

Изследването посочва тревожни данни – едва 2.8% от анкетираните съобщават, че са получили съвет от лекар за ограничаване на консумацията, като тази група е предимно съставена от мъже на възраст 55-64 г. Резултатите демонстрират значителен недостиг на здравните консултации по отношение на употребата на алкохол, което е категоричен пропуск при осигуряването на съвети относно воденето на здравословен начин на живот от българското население. Ниският процент на консултирани лица формират сериозна бариера при осъществяване на здравна промоция в страната, при промяна на знанията, поведението и мотивацията за здравословен живот.

Необходимостта от спешни действия в тази насока е показателна и чрез отношението на населението относно вредните последици от алкохолната консумация. Почти половината от лицата (45.9%) са отбелязали, че не са загрижени относно вредите върху здравето, като дялът при жените (53.1%) е по-висок от този при мъжете (38.6%).

Епидемиологичното изследване демонстрира недостатъчната осведоменост на населението за вредите от алкохола, което се потвърждава и от резултатите сред децата и юношите, където употребата на алкохол започва в ранна възраст и продължава да бъде широко разпространена.

При населението на възраст 10-19 г. данните сочат, че 62.6% от децата и подрастващите са опитвали алкохол (бира, вино, концентрат), без съществена разлика между двата пола. Средната начална възраст на алкохолна консумация е 13 г. Към момента на изследването 48.0% от тях консумират алкохол (48.2% от момчетата и 47.8% от момичетата), по-често във възрастта 15-19 г. От тях ежедневно го употребяват 1.7% от момчетата и 1.1% от момичетата, понякога - 46.6% от тях. Не пият алкохол 52.0% от изследваните лица.⁷⁵

⁷⁴ Странджева, М., Г. Цолова, П. Димитров (2022). Употреба на алкохол сред население на възраст над 20 години в България, Българско списание за обществено здраве, 14(2):135—147.

⁷⁵ Странджева, М., Г. Цолова, П. Димитров (2022). Употреба на алкохол сред население на възраст над 20 години в България, Българско списание за обществено здраве, 14(2): 72-81.

Според проучването „Health Behaviour in School-aged Children“ (2021/2022) консумацията на алкохолни напитки през последните 30 дни сред българските юноши показва тревожни тенденции, като децата на 11 и 13 г. заемат водещи места по този показател в международното сравнение. През този период 28.9% от учениците употребяват алкохол редовно, което е значително увеличение спрямо 2014 г. (16.4%). Наблюдава се също така тревожна тенденция по отношение на честотата на напиване – 9% от 11-годишните и 13% от 13-годишните посочват, че са се напивали през последните 30 дни.⁷⁶

Консумацията на алкохол представлява сериозно предизвикателство за здравето, социалното благосъстояние и икономическото развитие на България. Резултатите от изследванията ясно показват, че употребата на алкохол е широко разпространена и започва в ранна възраст, като продължава да бъде проблем, който засяга значителна част от населението. Притеснителен е и фактът, че съществен процент от хората не осъзнават напълно рисковете, които алкохолът носи за здравето.

В този контекст, необходимо е да бъдат предприети конкретни мерки за мониторинг на тенденциите и ефективността на интервенциите, които да осигурят своевременна и надеждна информация за приоритизиране на политическите усилия.

Нездравословно хранене

Определянето на нездравословното хранене като значим рисков фактор за повишената заболяемост и смъртност от хронични незаразни болести (ХНБ) се основава на систематични прегледи на епидемиологични и клинични изследвания. Според Световната здравна организация (СЗО), Глобалния фонд за изследвания на рака (WCRF) и други здравни органи, нездравословното хранене е хранителен модел, характеризиращ се с прекомерна консумация на енергийно плътни храни, богати на наситени мазнини, трансмазнини, захари и сол (например ултра обработени храни, подсладени напитки, бърза храна (fast food); нисък прием на хранителни вещества като фибри, витамини и минерали (например недостатъчна консумация на плодове, зеленчуци, пълнозърнести и бобови храни, ядки и семена); дисбаланс в макронутриентите, като прекомерен прием на рафинирани въглехидрати и животински мазнини за сметка на ненаситени мазнини и сложни въглехидрати и неправилен хранителен режим, включително неструктуриран режим на хранене, пропускане на

⁷⁶ Charrier, L., van Dorsselaer, S., Canale, N., Baska, T., Kilibarda, B., Comoretto, R.I. et al. (2024). A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Vol. 3. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

основни хранителни приеми като закуска или обяд, междинни похапвания с честа консумация на храни и напитки с ниска хранителна стойност и свързаното с това преяждане.

Редица международни здравни организации - СЗО, Организацията на ООН по прехрана и земеделие (FAO), Центърът за контрол и превенция на заболяванията в САЩ (CDC), Европейският център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC), Американската кардиологична асоциация (AHA) и Европейското дружество по кардиология (ESC), поддържат консенсуса, че нездравословното хранене е водеща причина за смъртност и инвалидност в световен мащаб и основен рисков фактор, който трябва да бъде адресиран при разработване на превантивни здравни политики. Нездравословното хранене е ключов модифицируем рисков фактор за развитие на водещите хронични заболявания – сърдечно-съдови заболявания като атеросклероза, хипертония, инфаркт на миокарда, инсулт, захарен диабет тип 2, инсулинова резистентност, метаболитен синдром, онкологични заболявания (повишен риск от рак на дебелото черво, млечната жлеза и панкреаса), затлъстяване, метаболитни нарушения, чернодробна стеатоза, хронични респираторни заболявания и др.

В България почти половината от всички смъртни случаи се дължат на поведенчески рискови фактори, сред които нездравословното хранене заема водещо място. Непълноценното хранене е свързано с 29% от всички смъртни случаи в страната, което е най-високият дял в Европейския съюз (средно за ЕС е 17%)⁷⁷. Основните причини за смъртност в България са болестите на органите на кръвообращението (61.1%), следвани от онкологичните заболявания (16.5%)⁷⁸. Тези данни подчертават критичната необходимост от насърчаване на здравословни хранителни навици и прилагане на ефективни стратегии за превенция, с цел намаляване на бремето от ХНБ.

Националното проучване на факторите на риска за хронични незаразни болести, проведено през 2020 г., идентифицира неблагоприятни характеристики в храненето и хранителния модел на българското население като ниска консумация на плодове и зеленчуци (значителна част от населението не достига препоръчителния дневен прием, което води до дефицит на важни витамини, минерали и биоактивни вещества); висока консумация на готварска сол (средният дневен прием на сол надвишава препоръчителните нива, увеличавайки риска от хипертония и сърдечно-съдови

⁷⁷State of Health in the EU, Здравен профил на страната, 2023 г. https://health.ec.europa.eu/document/download/4196f9eb-e62f-431f-9d1a-beb7db5e1e02_en?filename=2023_chp_bg_bulgarian.pdf

⁷⁸Смъртност по причини през 2023 г., Статистически здравни данни, НЦОЗА. https://ncpha.government.bg/uploads/statistics/annual/health_A_5.pdf

заболявания); честа консумация на захар и захарни изделия (повишената употреба на храни и напитки, подсладени със захар, допринася за развитието на затлъстяване и диабет тип 2); нередовно хранене (голям процент от населението пропуска закуската или други основни хранения), което може да доведе до метаболитни нарушения и повишен риск от хронични заболявания (3). Често срещаната комбинация от нездравословно хранене и заседнал начин на живот с ниска физическа активност допълнително засилва риска от развитие на хронични незаразни болести. Сравнителният анализ на данните между проучванията на факторите на риска за хронични незаразни болести от 2014 и 2020 г. отчита известно подобрение в хранителния модел на българското население^{79 80}, но са необходими по-интензивни и целенасочени усилия за постигане на значима промяна.

Анализът на рисковото за здравето поведение, свързано с храненето сред първокласниците в България, от последния кръг на Европейска инициатива на СЗО за наблюдение на затлъстяването при деца (COSI) през 2023 г. установява сходни неблагоприятни характеристики в модела на хранене и при подрастващите. Всяко второ дете не консумира ежедневно пресни плодове и зеленчуци, като едва 3% от децата консумират препоръчаните 5 или повече порции дневно плодове и/или зеленчуци; всяко седмо дете не закусва ежедневно; всяко второ дете консумира по-често от три дни/седмично храни и напитки, подсладени със захар и всяко четвърто дете консумира солени снаксове по-често от три дни/седмично⁸¹.

Няколко инициативи и стратегии в Европейския съюз (ЕС), стартирали през 2020 г., предоставят рамка за подобряване на хранителните навици и здравето на населението в ЕС, като вероятно ще продължат да влияят върху хранителните модели в Европа в периода 2025–2030 г. Това са стратегията „От фермата до трапезата“ (Farm to Fork Strategy) с очертаване на политики и механизми в полза за здравето и за намаляване разходите за здравеопазване чрез увеличаване наличността и достъпността на здравословни храни, насърчаване на устойчива консумация и улесняване преминаването към здравословно хранене; План за действие относно кръговата икономика (Circular Economy Action Plan), целящ да насърчи устойчивостта на продуктите, включително

⁷⁹ В. Дулева, П. Димитров, Л. Рангелова, Е. Чикова-Ишченер. Доклад от национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в България – 2020 (24 h Recall и Честота на хранителен прием). София; 2023, 59 с.

⁸⁰ В. Дулева, Л. Рангелова, С. Петрова, П. Димитров. Хранене, хранителен статус и рискови фактори, свързани с тях, при населението от 1 до 75+ години. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести, 2014-2020, Национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в Р.България, III част, "Българско списание за обществено здраве", 2017 г., 9(2): 4-78.

⁸¹ В. Дулева, Л. Рангелова, С. Петрова, П. Димитров. Хранене, хранителен статус и рискови фактори, свързани с тях, при населението от 1 до 75+ години. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести, 2014-2020, Национално проучване на

хранителните, чрез удължаване на техния жизнен цикъл и намаляване на отпадъците и Европейски план за борба с рака (Europe's Beating Cancer Plan), който включва мерки за превенция, диагностика, лечение и грижи, свързани със злокачествените заболявания. Една от ключовите области в плана е насърчаването на здравословен начин на живот, включително балансирано хранене и физическа активност, с цел намаляване на рисковите фактори за развитие на ракови заболявания.

В България Националната здравна стратегия 2030, приета от Народното събрание през 2024 г., поставя акцент върху насърчаването на здравословния начин на живот, включително балансираното хранене и повишената физическа активност. Сред приоритетите ѝ са намаляване на рисковите фактори като нездравословно хранене и затлъстяване, както и подобряване на здравната култура на населението.

За подобряване на храненето и хранителния модел на българското население е необходимо да се увеличи консумацията на плодове, зеленчуци, пълнозърнести храни и белтък с висока биологична стойност (риба, млечни продукти, бобови култури), да се ограничи приемът на сол, захар и трансмазнини чрез регулации в хранителната индустрия, да се подобри храненето в училищата, детските градини, болниците и социалните институции, като се постави акцент върху групите от населението в неравностойно положение и с нисък социално-икономически статус. Като основна цел следва да се постави намаляването на честотата на затлъстяване и наднормено тегло сред децата, младежите и възрастните. За постигането на значими резултати е необходимо разработването и реализирането на комплексни политики и мерки, които да обхванат образованието, икономически стимули, регулации и промени в хранителната индустрия.

Ниска физическа активност

Ниската физическа активност е доказан рисков фактор за преждевременна смъртност от някои ХНБ. По актуални глобални оценки на хиподинамията се дължат 7.2% от умиранията по всички причини и 7.6% от смъртните случаи вследствие на сърдечно-съдови заболявания. Делът на смъртността от незаразните болести, за които съществуват убедителни доказателства за връзка с ниската физическа активност, варира от 1.6% за хипертонията до 8.1% за деменцията⁸². В България заседналият начин на живот е отговорен ежегодно за 9.8% от умиранията, 6.8% от новодиагностицираните случаи на исхемична болест на сърцето, 6.8% - от инсулт, 2.3% - от повишено артериално

⁸² Katzmarzyk, P., C. Friedenreich, E. Shiroma and I-M Lee, Physical Inactivity and Non-communicable Disease Burden in Low-income, Middle-income and High-income Countries, Br J Sports Med 2022 Jan; 56(2):101-106., Epub 2021 Mar 29; available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33782046/> ;

налягане, 6.2% - от диабет тип 2, 4.1% - от колоректален карцином и 3.6%- от карцином на млечната жлеза⁸³.

Въпреки доказаните ползи за здравето, асоциирани с физически активния стил на живот, Световната здравна организация с тревога констатира, че всеки трети пълнолетен жител на планетата през 2022 г. (31%)⁸⁴ не покрива препоръчителните нива от 150 минути седмично аеробна физическа активност с умерена или 75 минути аеробна физическа активност с енергична интензивност⁸⁵, което поставя в риск от влошено здраве и преждевременна смърт 1.8 милиарда души, отдалечавайки света от постигане на предварително заложената в Глобалния план за действие на СЗО по отношение на физическата активност цел за относително редуциране на хиподинамията до 2030 г. с 15% спрямо базовите нива от 2010 г.⁸⁶

Разпространението на ниската физическа активност е масово и неравномерно – с подчертани различия по регионален признак, пол и възраст. Най-изразена е липсата на физическа активност и при двата пола в региона на Източното Средиземноморие, Южна и Югоизточна Азия, Латинска Америка и Карибския басейн (около и над 40%); сред жените (34% жени в сравнение с 29% мъже) и при тези на възраст 60+ години.

Проведено от Евробарометър изследване сред гражданите на 27-те страни членки на ЕС в периода април-май 2022 година⁸⁷, оценяващо общественото мнение при лицата на възраст 15-64 г., също показва обезпокоителни тенденции. Почти половината от европейците (45%) съобщават, че въобще не спортуват или не упражняват физическа активност (практически без промяна спрямо отчетените през 2017 г. нива, но с ръст от 6 процентни пункта в сравнение с 2009 г.). В рамките на Съюза най-пасивни остават Португалия (73%), Гърция (68%), Полша (65%), Румъния (62%) и България (61%), за разлика от Финландия, Люксембург, Нидерландия, Дания и Швеция, където над 2/3 съобщават за занимания със спорт минимум веднъж седмично.

По-често спорт практикуват по-младите възрастови групи (54% при 15-24-годишните), докато при лицата във възрастта 40-54 г. е активен едва всеки трети, а над 55 г. – един от петима.

⁸³ Ibid, Supplementary Material; available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33782046/>;

⁸⁴ Global Levels of Physical Inactivity in Adults Off Track for 2030, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2024; available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378026/9789240096905-eng.pdf?sequence=1>;

⁸⁵ WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2020; available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1>;

⁸⁶ Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030: More Active People for a Healthier World, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2018; available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?sequence=1>;

⁸⁷ Special Eurobarometer 525: Sport and Physical Activity, Fieldwork April-May 2022: Full Report, European Commission, European Union, 2022; available at: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2668>.

Сред изтъкваните бариери пред упражняването на спорт преобладават липсата на време и отсъствието на мотивация/интерес у респондентите.

Висок остава и относителният дял на гражданите сред страните членки, деклариращи, че не упражняват каквато и да е неорганизирана/неструктурирана форма на физическа активност поне веднъж в седмицата (извън спорта) – 31%.

В България тенденциите в нивото на физическата активност се измерват с периодично провеждани национални епидемиологични проучвания. Резултатите от най-новото Национално изследване на факторите на риска за здравето, извършено през 2020 г. сред 3182 лица на възраст 20-65+ г., селектирани рандомизирано от 28-те области на страната⁸⁸, установяват като недостатъчно активна в свободното си време 60% от популацията в посочения възрастов диапазон, като констатираната хиподинамия по правило нараства с възрастта. Ниски остават честотата и продължителността на енергичните и умерените физически натоварвания през седмицата, декларирани от анкетираните. Над половината от тях (53%) отричат да са полагали усилия, отговарящи на критерия за интензивно физическо натоварване, а 45% - на усилия, включени в дефиницията за умерена интензивност. Приблизително $\frac{3}{4}$ отбелязват от лека до много лека физическа натовареност на работното си място, а двама от петима, преобладаващо жените, споделят, че прекарват среднодневно в седнало положение над 300 минути.

При юношите нарастващото бездвижване се превръща във все по-актуален проблем както по света, така и в България, доколкото обуславя повишен риск от ХНБ в зряла възраст. Скоросен мултинационален анализ на здравното поведение сред подрастващи на възраст 11, 13 и 15 г. в Европа, Азия и Канада⁸⁹ разкрива, че през 2021/2022 г. едва всяко четвърто момче (25%) и едва всяко седмо момиче (15%) достигат ежедневния минимум от 60 минути физическа активност с умерена или енергична интензивност, посочени в насоките на СЗО за детската популация. Под него остават 75% от юношите и 85% от девойките. Не по-различна е картината сред учениците в България, където по данни на цитираното национално епидемиологично проучване⁹⁰ се установява

⁸⁸ Чапарова, Р., Г. Цолова и Пл. Димитров, Ниво на физическа активност сред население на възраст над 20 години в Р България, Българско списание за обществено здраве, 2022, 14(2):148-158 (специално издание), изд. на Национален център по обществено здраве и анализи; (на латиница) Chaparova, R., G. Tsoleva and P. Dimitrov, Level of Physical Activity in the Population Aged 20+ in Bulgaria, Bulgarian Journal of Public Health, 2022, 14(2):148-158 (Supplement), published by the National Center of Public Health and Analyses; available at: <https://ncpha.government.bg/uploads/pages/3166/2-2022-SUPPLEMENT+.pdf> ;

⁸⁹ Rakić, J.G., Z. Hamrik, A. Dzielska, R. Felder-Puig, L. Oja, P. Bakalár, P. Nardone, S. Ciardullo, S. Abdrakhmanova, A. Adayeva, C. Kelly, A.-S. Fismen, M. Wilson, J. Brown, J. Inchley and K. Ng, A Focus on Adolescent Physical Activity, Eating Behaviours, Weight Status and Body Image in Europe, Central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children (International Report from the 2021/2022 Survey), vol. 4, World Health Organization, European Region, 2024; available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289061056>;

⁹⁰ Чапарова, Р., Г. Цолова и Пл. Димитров, Ниво на физическа активност сред население на възраст 10-19 години в Р България, Българско списание за обществено здраве, 2022, 14(2):82-89 (специално издание), Национален център по обществено здраве и анализи; (на латиница) Chaparova, R., G. Tsoleva and P. Dimitrov, Level of Physical Activity in the Population Aged 10-19 Years in Bulgaria, Bulgarian Journal of Public Health, 2022, 14(2):82-89 (Supplement), published by the National Center of Public Health and Analyses; available at: <https://ncpha.government.bg/uploads/pages/3166/2-2022-SUPPLEMENT+.pdf> .

като недостатъчно активно мнозинството от 10-19-годишните. Още по-притеснителна е изтъкваната за това като най-честа причина от респондентите – липса на желание, докладвана от почти всеки втори.

Ниската или липсваща двигателна активност е тиха заплаха за глобалното здраве, допринасяща значително за бремето на ХНБ в света и за влошаване на популационния здравен статус на българските граждани. Ефективното адресиране на проблема ще изисква сериозни усилия не само от отделния индивид, но и от цялото общество в посока търсене на смели и иновативни решения, които да направят редовната физическа активност леснодостъпна, безопасна и привлекателна опция за всекиго. Само така ще бъдат извлечени максимални ползи за здравето, повишена продължителността на живота и подобро качеството му.

Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 е приета с Решение № 538 на Министерския съвет от 2013 г. С Решение № 552 на Министерския съвет от 2021 г. е прието продължение на програмата за периода 2021-2025 г.

В рамките на Програмата е проведено Национално изследване на факторите на риска за здравето сред 3978 лица с цел установяване нивото на факторите на риска за ХНБ, знанията, уменията и поведението на населението, свързано със здравето и др. Резултатите му са използвани за разработване на политиката на програмата, приоритетите, целите, задачите, стратегиите и конкретните дейности за постигане на целите, показателите за мониторинг и оценка на резултатите. Актуализирани са изградените Програмни съвети, работни групи по проблеми и Обществени коалиции за здраве.

Продължава реализацията на интервенционните мероприятия за промоция на здраве и ограничаване на факторите на риска за най-честите ХНБ. Основните стратегии на програмата са насочени към: здравно образование на населението за контрол на основните фактори на риска за здравето и ХНБ; изграждане на капацитет за работа у медицинските специалисти и партньорите по програмата; участие на общностите и институциите в дейностите по програмата; разработка на ръководни принципи и ръководства за добра практика на професионалистите и партньорите, както и на информационни материали за населението.

В рамките на програмата ежегодно се извършва огромна образователна и обучителна дейност на ниво популация и високорискови групи⁹¹. Само за 2024 г. са реализирани значителен брой дейности по промоция на здраве и профилактика на болестите, насочени към ограничаване на рисковите фактори, свързани с начина на живот (тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност, употреба на алкохол и др.) и към биологичните фактори на риска за ХНБ – повишено артериално налягане, затлъстяване и други. Използвани са различни образователни методи и форми на обучение: беседи, лекции, дискусии, тренинги, ТВ и радиопредавания, аудио и видеоклипове, видеопокази, изложби, викторини, тематични дни, празници на здравето, спортни състезания, конкурси, конференции, кампании и др.

Сред населението до 19 години са организирани и проведени 207 кампании, отбелязани са 160 събития и 250 масови мероприятия с участието на 25833 млади хора световни, международни и тематични дни, празници. Излъчени са: 75 ТВ предавания, 148 радиопредавания, 1633 аудио-, видеоклипа и видеопокази; публикувани са 212 материала в местни и централни вестници, 694 – в интернет; организирани са 12 пресконференции във връзка с младежки здравни прояви; изнесени са 2322 лекции и беседи (с 48921 участници); 723 дискусии (с 11599 участници); 118 семинара (с 3701 участници); 761 тренинга (с 7066 участници); 386 индивидуални обучения и консултации. Разработени и отпечатани са 31 здравнообразователни материала, с общ тираж 16510 бр. Разпространени са 57656 бр. материали (методични помагала, дипломи, плакати, стикери, календари и др.). Активна е дейността на разкритите в училищата и извън тях центрове и клубове: клуб „Млад здравен експерт“, клуб „Млад кулинар“, „Клуб на непушача“; клуб „Здраве за всички“; клуб „Здраве“; клуб „Посланици на здравето“ и др. Продължава дейността на конкурса „Посланици на здравето“, който се провежда за седемнадесета поредна година.

Извършената дейност сред населението над 20 години също е значителна. Организирани и проведени са общо 184 кампании, посветени на контрола на хроничните незаразни болести и факторите на риска за тях, свързани с начина на живот на населението, отбелязани са със 108 масови прояви с 12691 участници в тях и с 123 събития тематични, световни и международни дни, празници. Излъчени са: 65 ТВ предавания, 132 радиопредавания, 218 аудио-, видеоклипове и видеопокази; публикувани са 248 материала в пресата, в интернет – 707; През годината са

⁹¹ Отчети на Националната праграма за превенция на ХНБ за периода 2021-2024 г., <https://ncpha.government.bg/index/3187-otcheti.html>

организиран 8 пресконференции с журналисти; изнесени са 700 лекции и беседи (с 6771 участници); проведени са 141 семинара (с 4410 участници), 858 дискусии (с 3665 участници), 87 тренинга (с 1178 участници); 7 курсове (с 99 участници); извършени са 2060 индивидуални обучения и консултации. Разработени и отпечатани са 16 здравно-образователни материала, с тираж 8160 бр. Разпространени са общо 32750 бр. материали (методични помагала, дипляни, плакати, стикери, календари и др.).

Изключително полезна е дейността на разкритите в някои общини кабинети за измерване на артериално налягане, тегло и ръст. Безплатно измерване се извършва и в някои аптеки, читалища и пенсионерски клубове. Добра практика са и действащите клубове, като „Клуб на непушачите“, „Клуб на хора със здравословни проблеми“, „Клуб на работодателите, подкрепящи работна среда без тютюнев дим“, на прекаралите инфаркт на миокарда, мозъчно-съдова болест и други хронични болести.

Активна е дейността на Консултативните кабинети за отказване от тютюнопушенето при регионалните здравни инспекции (РЗИ). На преминалите през кабинетите пациенти е оказана консултативна помощ за отказване от тютюнопушене. Извършени са функционални изследвания на дишането (спирометрия); измервания на артериалното налягане; раздадени са здравнообразователни материали за ползата от спиране на цигарите и вредата от тютюнопушенето, справяне с абстинентните симптоми и стреса, здравословно хранене, полза от движението и др. Пациентите са информирани за възможностите за профилактични прегледи и консултации. Дейността на кабинетите за отказване от тютюнопушене е популяризирана сред населението чрез: изготвяне и разпространение на афиши, дипляни, излъчване на реклама на кабинета и др. Практиката за позициониране на кабинетите извън РЗИ, която се провежда от няколко години, показва добри резултати.

По отношение на дейностите, насочени към ранното откриване на водещите ХНБ, през 2024 г. в страната са организирани и проведени скрининги за рак на гърдата, рак на маточната шийка, рак на дебелото и право черво, рак на простатата; за сърдечно-съдови заболявания, хронични белодробни болести и диабет.

Създадена е организация за провеждане на скринингите, в партньорство със средствата за масова информация – в регионалните интернет и ТВ-медии, радиоизлъчване и цифрови публикации. На интернет страницата на регионалните здравни инспекции е публикувана информация за предстоящите дейности. Със съдействието на административния капацитет по места инициативата е популяризирана във всички населени места.

Скрининг за рак на гърдата – в 4 административни области (Ловеч, Монтана, Сливен и Ямбол). Извършени са 482 прегледа, с изследване на млечни жлези чрез мамография, на жени от 30 до 69 години, независимо от здравноосигурителния им статус. С патологични изменения в изследването са 192 жени (39.8%), с преобладаващи доброкачествени фибро-кистозни изменения в находката. 184 от тях са насочени за проследяване, а 7 лица (1.45%) – за повторна мамография с взимане на материал за биопсия.

Скрининг за рак на маточната шийка – в 28-те административни области на страната. Проведени са 16 586 прегледа, с взимане на материал за цитологично изследване, на жени на възраст 20-29 г. и 40-49 г., независимо от здравноосигурителния им статус и здравнонеосигурени жени на възраст 30 – 39 години. С преканцерозни изменения в цитонамазките са 770 жени (4.64%), от които 48 жени (0.29%) са със съмнение за рак на шийката на матката. Всички жени са насочени за допълнителни изследвания (повторна цитонамазка, с колпоскопия и биопсия).

Скрининг за рак на дебелото и правото черво – в 6 административни области (Благоевград, Бургас, Видин, Добрич, Стара Загора и Търговище). Проведени са 979 прегледа, с изследване за окултни кръвоизливи, на лица над 18 г., независимо от здравноосигурителния им статус. От извършените тестове, 39 са положителни (3.98%) за наличие на кръв в гастро-интестиналния тракт. Тези лица са били насочени за провеждане на допълнителни изследвания (ендоскопия, биопсия).

Скрининг за рак на простатата – в 6 административни области (Габрово, Монтана, Пазарджик, Перник, Разград и Смолян). Проведени са 623 прегледа, с изследване на простатно-специфичен антиген, на мъже над 18 г., независимо от здравноосигурителния им статус. От извършените PSA-тестове, положителни са 96 (15.41%). В 16 от случаите (2.57%) лицата са насочени за допълнителни изследвания (биопсия).

Скрининг за сърдечно-съдови заболявания – в 26 административни области на страната. Извършени са общо 3567 прегледа, с необходимите измервания и изследвания, на лица над 18 г., независимо от здравноосигурителния им статус. Установени са 1386 лица със сърдечно-съдови заболявания (38.86%). Сред тях 1129 (31.65%) са новооткрити хипертоници и такива с лош контрол на артериалното налягане. За допълнителни изследвания (ехокардиография, холтер ЕКГ, липиден профил) са насочени 263 (14.27%) от прегледаните.

Скрининг за диабет – в 28-те административни области на страната. Извършени са 3331 прегледа, със съответни изследвания на кръвната захар, на лица над 18 г., независимо от здравноосигурителния им статус. Сред тях 14 лица (0.42%) са с новооткрит диабет, а 615 лица (18.46%) лекуват неинсулинозависим ЗД, като 56 (9.11%) от тях са с лош контрол на кръвната захар и имат настъпили усложнения от заболяването. Насочени за допълнителни изследвания и консултации са 840 (25.22%) от лицата, участвали в скрининга.

Скрининг за хронични белодробни болести – в 26 административни области на страната. Извършени са общо 3613 прегледа, на лица над 18 г., независимо от здравноосигурителния им статус. Установени са 1403 лица (38.83%) с остра и хронична патология на дихателната система – остър и хроничен бронхит, емфизем, ХОББ, астма. Близко половината от прегледаните лица с установени заболявания – 672 (47.90%) са насочени за допълнителни консултации, изследвания и лечение.

През отчетния период е извършена значителна дейност за повишаване на капацитета на медицинските и немедицински специалисти, както и на партньори, ангажирани с програмата. Проведени са 154 обучителни курса и семинара с общо 3908 участници и 2389 индивидуални обучения и консултации за разпространението на хроничните болести, факторите на риска за тях, развиването на умения за прилагане на добра профилактична и терапевтична практика и др.

Доброто сътрудничество между административните структури и изградената мрежа от професионалисти, експерти и представители на различни заинтересовани групи позволява постигане на стратегическите цели на програмата при запазване на консенсуса между органите на местната власт, държавните и общинските структури, неправителствени организации (НПО), бизнес средите и медиите.

През 2026 г. се предвижда провеждане на Национално изследване на факторите на риска за здравето сред населението на Република България, с което по-конкретно ще се установят промените, настъпили в поведението, свързано със здравето, на населението в Република България.

Цялостното развитие на програмата през годините показва, че това е работеща програма, която постига резултати в трудните условия на хроничен недостиг на средства, затрудняващ и ограничаващ реализирането на планираните дейности.

Натрупаният опит на програмата трябва да бъде използван и нейните дейности да продължат и през периода 2026-2030 г., с цел подобряване на здравето на населението и на показателите за здраве и в бъдеще.

3. ОСНОВАНИЕ ЗА ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ПРОГРАМАТА 2026-2030

Превантивните стратегии за контрол на ХНБ се основават на въздействие върху факторите на риска, водещи до възникването на тези болести. Въздействието върху тях е в основата на националните планове и стратегии за превенция и контрол.

Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2026-2030 се основава на националната здравна стратегия 2030 и е в съответствие с ангажиментите на България на европейско и международно ниво.

Ефективната им профилактика изисква едновременно развитие на дейности в следните основни направления: подобряване на детерминантите на здравето (социални, поведенчески, екологични); приобщаване на населението към здравословния начин на живот; разработване и реализация на програми за профилактика и ранна диагностика на ХНБ на общностно ниво; прилагане на интердисциплинарни модели на интервенции срещу тези болести др.

Световната здравна организация публикува Глобален доклад на СЗО за състоянието на превенцията и контрола на ХНБ през 2014 г. Докладът се основава на деветте глобални цели и предоставя актуални данни за текущото състояние на заболяванията, като същевременно идентифицира основните предизвикателства, възможностите за действие и приоритетните мерки ⁹².

Глобалният план за действие на СЗО за ХНБ 2013-2030 г.⁹³ се явява пътна карта за държавите членки и други заинтересовани страни, представящ набор от варианти на политики и действия, както и рамка за мониторинг. Наборът от действия, представени в Плана, включва високо ефективни интервенции, които могат да бъдат приложени по устойчив начин във всички страни. Освен това, 25-те показателя, включени в Глобалната рамка за мониторинг, могат да бъдат адаптирани към националния контекст, за да се измери напредъкът към изпълнение на целите.

⁹² [Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization 2014.](#)

⁹³ Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/94384/9789244506233_rus.pdf

През 2024 г. е предложена актуализация на Плана⁹⁴, включващо най-добрите практики и други препоръчани интервенции за намаляване на рисковите фактори за ХНБ (тютюнопушене, употреба на тютюневи изделия и изделия, съдържащи никотин, злоупотреба с алкохол, нездравословно хранене и ниска физическа активност), които ще позволят на здравните системи да отговорят на нуждите от здравни грижи на хора, живеещи с или изложени на риск от основните ХНБ (сърдечно-съдови заболявания, рак, диабет, хронични респираторни заболявания).

Генералната асамблея на ООН официално приема Програма за устойчиво развитие до 2030 г., със 17 цели за устойчиво развитие. В третата цел на Програмата „Осигуряване на здравословен живот и насърчаване благосъстоянието на всички във всяка възраст“ специално внимание е отделено на четвъртата подцел: „Намаляване с една трета до 2030 година на броя случаи на преждевременна смърт, вследствие на незаразни болести – чрез превенция и лечение, както и насърчаване на психичното здраве и благоденствие.“

С оглед на глобалната ангажираност, периодът 2020-2030 г. е обявен от ООН за „Десетилетие на действието“⁹⁵.

Мониторингът на СЗО за напредъка срещу хроничните незаразни болести през 2020 г. наблюдава 194 държави в света по 10 индикатора - национални цели и показатели за ХНБ, данни за смъртността, изследвания на рисковите фактори, национални интегрирани политики за действие относно ХНБ, прилагане на ключови мерки за намаляването им и насоки за превенция на рак, сърдечно-съдови заболявания, диабет и хронични респираторни заболявания⁹⁶.

Например, захарният диабет може да бъде контролиран с подходящи грижи, обучение и съвременно лечение. Глобалният договор за диабета (The Global Diabetes Compact) на СЗО, стартиран през 2021 г., включва визията за намаляване на риска от диабет и гарантиране, че всички хора, които са диагностицирани с диабет, имат достъп до справедливо, всеобхватно, достъпно и качествено лечение и грижи⁹⁷.

Наднорменото тегло и затлъстяването се определят като необичайно или прекомерно натрупване на мазнини, което представлява риск за здравето. СЗО,

⁹⁴ Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases, second edition, WHO 2024 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376624/9789240091078-eng.pdf?sequence=1>

⁹⁵ Sustainable Development Goals: The Sustainable Development Agenda, available at: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>

⁹⁶ A Tsunami of Noncommunicable Diseases Can Be Avoided If Action Taken Now, Reports Say, 10 February 2020, available at: <https://ncdalliance.org/news-events/news/a-tsunami-of-noncommunicable-diseases-can-be-avoided-if-action-taken-now-reports-say>

⁹⁷ The Global Diabetes Compact - progress in supporting its workstreams: technical report. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Американската медицинска асоциация (АРА), Световната федерация по затлъстяване (World Obesity Federation), Европейската група за изучаване на детското затлъстяване (ECOG) и други авторитетни организации консенсусно приемат затлъстяването при деца и възрастни като комплексно мултифакторно хронично заболяване, а не само като рисков фактор за развитието на други хронични незаразни болести.

Резултатите от провежданата в България в периода 2008-2023 г. Европейска инициатива на СЗО за наблюдение на затлъстяването при деца (COSI) потвърждават негативната тенденция за нарастване относителния дял на наднормено тегло⁹⁸. В отговор на продължаващия неуспех да се овладее епидемията от затлъстяване, нарастващия брой засегнати лица и тежките последици за здравните системи, икономиката и обществото през 2022 г. на 75-тата Световна здравна асамблея е приет План на Световната здравна организация (СЗО) за ускоряване на мерките за спиране на затлъстяването (WHO Acceleration Plan to Stop Obesity)⁹⁹. Планът представя стратегия за спиране на нарастването на затлъстяването чрез цялостен подход, обединяващ ефективни политики, базирани на доказателства в областта на здравеопазването, икономиката, градското планиране и социалната защита, като е насочен към периода до 2030 г.

На национално ниво основният стратегически документ, свързан със здравето на населението е Националната здравна стратегия 2030 (НЗС)¹⁰⁰. Тя обединява, адаптира и надгражда политиките и целите, залегнали в различните международни и национални стратегически документи. Тя осигурява реализацията на политиките и интервенциите, заложили в национални стратегически документи като Националната програма за развитие България 2030 и Националния план за възстановяване и устойчивост, а също поставя стратегическата рамка за разработването и актуализирането на секторни и междусекторни документи със стратегически характер като стратегии, национални програми и национални планове, фокусирани върху конкретни предизвикателства и целеви групи, каквато е **Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2026-2030 (НППХНБ)**.

Националната здравна стратегия 2030, както и НППХНБ, са в съответствие с ангажиментите на България на международно ниво, свързани с постигането на Целите за устойчиво развитие от Програмата за устойчиво развитие на ООН и по-конкретно на Цел

⁹⁸Чикова-Ишченер Е. Тенденции в наднорменото тегло при деца на 7-годишна възраст в България и рискови фактори, свързани с храненето. Автореферат на дисертационен труд за присъждане на образователната и научна степен

⁹⁹ World Health Organization, 2023. WHO Acceleration Plan to Stop Obesity. ISBN 978-92-4-007563-4 (electronic version). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¹⁰⁰ https://old.mh.government.bg/media/filer_public/2024/05/10/rms_-_nzs_2030.pdf

3 „Осигуряване на здравословен живот и насърчаване благосъстоянието на всички във всяка възраст“.

Основен приоритет на Програмата (от Националната здравна стратегия) е **Приоритет 1: Изграждане на по-здрава нация. Политика 1.1. Насърчаване на здравословния начин на живот и повишаване на здравната култура.**

Основната цел на приоритета е подобряване на здравните характеристики на населението и следователно опазването на човешкия капитал на страната ни. Фокусът е насочен към високите нива на рискови фактори, застрашаващи здравето на хората, като тютюнопушене, употреба на алкохол, затлъстяване, небалансирано хранене и ниска физическа активност. С цел намаляване на заболяемостта и преждевременната и предотвратимата смъртност се търсят начини и средства за повишаване на ефективността на усилията за засилване на здравната промоция и превенция, включително за повишаването на здравната култура относно рисковете за здравето и научнообосновани подходи за тяхното намаляване.

Националната здравна стратегия 2030 посочва конкретните резултати, които трябва да бъдат постигнати до 2030 г. и индикатори за оценка на изпълнението на заложените цели и приоритети. Програмата е съобразена с тях и ще се изпълнява чрез План за действие за периода 2026-2030 г., съдържащ конкретни мерки, действия, ресурси и срокове за изпълнение на политиката.

Налице е механизъм за отчитане на поставените цели чрез преглед на постигнатите резултати в края на програмния период.

Основни насоки на политиката:

В рамките на мерките по тази политика се акцентира върху ограничаване на рисковите фактори – тютюнопушене, употреба на тютюневи изделия, изделия, съдържащи никотин, злоупотреба с алкохол, наркотични вещества, нездравословно хранене, високо съдържание на захар в храни и напитки и други. Ще се реализират дейности за промоция на здравето и профилактика на болестите, включително по отношение на здравословно хранене, промоция на укрепваща здравето физическа активност, намаляване на тютюнопушенето, употребата на тютюневи изделия и на изделия, съдържащи никотин, както и злоупотребата с алкохол и други, с акцент върху рискови групи.

Целеви препоръки на политиката до 2030 г.:

- Прилагане на интердисциплинарен подход при изпълнение на политиките за промоция на здравето и превенция на болестите на междуинституционално ниво.
- Разработване и прилагане на интегрирани мерки и стратегии за намаляване на отрицателното въздействие на факторите на здравния риск, включително за поведенчески промени при различните възрастови и професионални групи.
- Изграждане на диалог и партньорство за съвместни дейности за здраве с всички заинтересовани страни (публични и частни), активно включване на професионални и неправителствени организации, сдружения, медии и др.
- Укрепване на институционалния и кадрови капацитет на структурите по промоция на здравето и превенция на болестите на национално и регионално ниво за надграждане на утвърдената национална политика.
- Разширяване на спектъра на предлаганите от лечебните заведения услуги с такива по промоция на здравето и превенция на болестите.
- Повишаване на информираността на населението за основните рискови фактори (тютюнопушене, употреба на тютюневи изделия и изделия, съдържащи никотин, злоупотреба с алкохол, нездравословно хранене, ниска физическа активност) и научно доказани подходи за намаляване на риска, имащи отношение към хроничните незаразни болести.
- Реализиране на дейности за промоция на здраве и профилактика на болестите, включително по отношение на здравословно хранене, промоция на укрепваща здравето физическа активност, намаляване употребата на тютюневи изделия и изделия, съдържащи никотин, както и злоупотребата с алкохол и др., с акцент върху рискови групи.
- Изграждане на капацитет и умения за консултиране и подкрепа по отношение на здравната промоция, намаляване на здравния риск и подобряване превенцията на заболявания сред медицинските и немедицински специалисти.
- Поддържане на ефективно мултисекторно сътрудничество с браншови организации и производители на храни, продукти и стоки с отрицателно въздействие върху здравето, включително храни с високо съдържание на захар, сол, мазнини, овкусители за промяна на състава на храните и

намаляване на маркетинга и рекламата на храни за деца, с цел предлагане на по-здравословни храни за населението.

- Подкрепа на здравословното хранене през всички етапи на живота чрез разработване на образователни програми, информационни материали, провеждане на здравно-образователни мероприятия.
- Задържане и последващо намаляване на затлъстяването в детска възраст, като създадем възможност на настоящите и бъдещите поколения да живеят в среда, която насърчава по-здравословно тегло като норма и като улесним достъпът на всеки човек до по-здравословна храна и възможност за водене на активен начин на живот, независимо от произхода, обстоятелствата или местоживеенето.
- Създаване на система за наблюдение, мониторинг и оценка на храненето и хранителния статус на различни групи от населението.

Конкретните мерки за реализация на политиката и индикаторите за нейното изпълнение са предвидени в Плана за действие за изпълнение на Националната здравна стратегия 2030 и Програмата.

Приоритет 3: Прилагане на целенасочени стратегии за въздействие върху специфични проблеми на общественото здраве. Политика 3.9. Борба с хранителните разстройства и затлъстяването.

Основен фокус на Приоритет 3 са прицелни политики и мерки в специфични области на въздействие, свързани с най-актуалните и тежки предизвикателства пред общественото здраве.

Основни насоки на политиката:

Здравната политика на Република България следва Планът за ускорена борба със затлъстяването на СЗО от 2023 г., който включва стимулиране на подкрепящи мулти-секторни политики за борба със затлъстяването.

Ефективната борба със затлъстяването и хранителните разстройства изисква целенасочени усилия от всички заинтересовани страни за разработването на унифицирани политики, насочени към овладяване на последствията от затлъстяването и от хранителните разстройства.

Целеви препоръки на политиката до 2030 г.:

- Предлагање на мерки за превенция на наднорменото тегло и затлъстяването с цел предотвратяване и обратимост на наднорменото тегло и затлъстяване.
- Инвестиране в събирането на данни, водещи до основани на доказателства стратегии за превенция на затлъстяването.
- Въвеждане на политики за подкрепа на здравето на цялото семейство, предвид връзката между семейните навици на хранене и физическа активност и тяхното влияние върху наличието на наднормено тегло и затлъстяване.
- Насърчаване на политики за здравословно хранене и физическа активност с цел превенция и адресиране на нуждите на децата и възрастните със затлъстяване.
- Осигуряване на ефективно управление на наднорменото тегло и затлъстяването на национално ниво чрез навременно диагностициране и лечение с цел предотвратяване на здравните последици и усложнения.
- Развитие на политики, свързани със затлъстяването и разработване на планове с измерими цели.
- Подкрепа на професионалното развитие на медицинските специалисти в областта на затлъстяването. Повишаване на информираността на обществото за вредите от наднорменото тегло и затлъстяване.
- Предприемане на мерки за ограничаване на стигмата, свързана с телесното тегло чрез провеждане на информационни кампании сред населението.

Конкретни мерки за реализация на политиката и индикаторите за нейното изпълнение са предвидени в Националната здравна стратегия 2030 и Националната програма за превенция на хронични незаразни болести 2026-2030.

В заключение:

а) Програмата е с доказал ефективността си международен модел за профилактика на ХНБ. Повечето страни в Европа развиват този модел, като голяма част от тях са постигнали определени успехи по отношение на целите ѝ. Програмата съчетава дейности за профилактика на болестите и промоция на здраве в съзвучие с новото обществено здравеопазване и постиженията на медицината.

б) Програмата предоставя апробирана рамка за политика и методология за използване на натрупаните знания и опит в света за профилактиката на най-честите

хронични болести и у нас – проблем с най-голяма тежест за обществото. Тази политика е и в основата на програми на ЕС, на Глобалната и Европейската стратегии на СЗО за профилактика на ХНБ.

в) За изминалите години реализирането на програмата успя да постигне положителни резултати в поведението на населението, свързано със здравето, с редуциране нивото на редица фактори на риска за здравето, да предизвика промени в показателите за здравното състояние на населението, значителни за вложените в нея средства, ограничаването на които не позволи провеждането на всички планирани дейности по програмата. Тези промени следва да се задържат и продължат. Дейностите трябва да се разширят.

г) Програмата натрупа опит, който показва, че профилактиката е възможна и в нелеките условия в страната, който може и трябва и занапред да бъде използван за подобряване на здравето на населението.

Въз основа на постигнатите при досегашното изпълнение на Програмата резултати, на анализа на съществуващите предизвикателства за здравето на населението и изброените по-горе предпоставки бяха определени целите на Програмата за периода 2026-2030 г.

4. ЦЕЛИ И ПРИОРИТЕТИ НА ПРОГРАМАТА

4.1. Стратегическа цел

Да се подобри здравното състояние на населението чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболяемост и дългосрочни последици за здравето от най-често срещаните ХНБ.

4.2. Оперативна цел

Да се редуцира нивото на общите за хроничните болести най-често срещани фактори на риска: поведенчески и биологични.

4.3. Основни подцели

а) Надграждане и развиване на утвърдената национална политика за ограничаване на употребата на всички тютюневи изделия, промоция на здраве и профилактика на заболяванията, свързани с употребата на всички тютюневи изделия.

б) Оптимизиране на дейностите в рамките на национална политика до степен на саморегулация за ограничаване на злоупотребата с алкохол, промоция на здраве и профилактика на заболяванията, свързани с употребата на алкохол.

в) Затвърждаване на постигнатите положителни промени в националния хранителен модел, постигане на нови такива за намаляване риска от хранителни дефицити и хронични заболявания, свързани с храненето, подобряване на осигуряването с храни, допринасящи за здравословен модел на хранене, както и осигуряване на широк достъп до тях.

г) Активизиране на дейностите за повишаване на физическата активност на населението за постигане на по-добро здраве, дееспособност и дълголетие. Създаване на условия и възможности за достъп на населението до практикуване на физически упражнения, спорт и спортно-туристическа дейност, организиран на възрастов, териториален, ведомствен и отраслов принцип.

5. ПРИНЦИПИ И СТРАТЕГИИ НА ПОЛИТИКАТА НА ПРОГРАМАТА

- Интегриран мултидисциплинарен подход на междуинституционално равнище при водеща и координираща роля на Министерство на здравеопазването.

- Реализиране на дейности по промоция на здраве, профилактика на болестите, прилагане на модули за интервенция за намаляване факторите на риска при всички възрастови и професионални групи и др., с използване на различни стратегии при създаване на система за координация на профилактичната дейност на специалистите и работата им в екип.

- Междусекторно сътрудничество чрез развиване на координирани съвместни дейности за здраве между обществените сектори, формиране на междусекторни съвети, работни групи и др.

- Изграждане на диалог и партньорство с всички заинтересовани страни, активно включване на професионални и НПО и сдружения, медии и др.

- Преориентиране на структурите на националната система за здравеопазване към профилактични дейности, промоция на здраве и успешни резултати от тях.

- Ефективно управление и координация на дейностите на национално и регионално ниво; изграждане на институционален капацитет за прилагане на Националната програма за превенция на ХНБ.

- Приоритизиране на специфичните дейности; използване на разнообразни принципи и ефективни мерки за реализация на дейностите.

- Използване на научния подход, базиращ се на съвременни, научно доказани факти и концепции; използване на съществуващото научно познание и опит в областта на профилактиката, създаване на модели за профилактика, развитие на нови изследвания

в тази насока, предоставяне на нови знания за практиката, оценка и контрол на резултатите и др.

- Международно сътрудничество за хармонизиране на националната политика с политиката на ЕС при реализиране на националните дейности, свързани с международни инициативи; обмяна на опит, резултати, интервенционни модули, квалификация на кадри, оценка на резултатите и др., като се уточнява най-добрата политика и подходи за профилактика на ХНБ.

- Мониториране на реализирането на Програмата и изпълнението на отговорностите на ангажираните институции.

- Адекватно финансиране на всички изпълнители по Програмата, ефективно и целесъобразно разпределяне на ресурсите за реализиране на дейностите.

6. ПРИОРИТЕТИ ЗА ИНТЕРВЕНЦИОННИТЕ ДЕЙНОСТИ В РАМКИТЕ НА ПРОГРАМАТА

Приоритетни болести и състояния: сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, диабет, наднормено тегло в т.ч. затлъстяване, хронична обструктивна белодробна болест.

Приоритетни поведенчески и биологични фактори на риска за здравето: тютюнопушене, употреба на алкохол, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност.

7. УЧАСТВАЩИ ИНСТИТУЦИИ И ОРГАНИЗАЦИИ

ВОДЕЩИ ИНСТИТУЦИИ

Министерство на здравеопазването

Национален център по общественото здраве и анализи

Регионални здравни инспекции

Експертен съвет към министъра на здравеопазването по медицинската специалност „Хранене и диететика

Научни медицински дружества

ПАРТНЬОРИ ПО ДЕЙНОСТИТЕ НА ПРОГРАМАТА

- Министерство на образованието и науката
- Министерство на младежта и спорта

- Министерство на вътрешните работи
- Министерство на земеделието и храните
- Министерство на труда и социалната политика
- Регионален офис на СЗО в България
- Български лекарски съюз
- Научни медицински дружества
- Общопрактикуващи лекари
- Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България
- Медицински специалисти, в т.ч. медицински специалисти от здравните кабинети в училищата и детските градини
- Лечебни заведения
- Национална здравноосигурителна каса
- Детски ясли, детски градини и училища
- Държавна автомобилна инспекция
- Висши училища с медицински и педагогически направления
- Национална спортна академия
- Национален статистически институт
- Немедицински специалисти
- Българска агенция по безопасност на храните
- Държавна агенция за закрила на детето
- Регионалните управления на образованието
- Български червен кръст
- Изпълнителна агенция „Автомобилна администрация“
- Експертен съвет към министъра на здравеопазването по медицинската специалност „Хранене и диететика“
- Общини
- Професионални организации
- Браншови организации на хранителната промишленост
- Средства за масова информация
- Спортни клубове, туристически дружества, федерации, младежки центрове и организации, работещи с и за младите хора
- Неправителствени организации

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ ДО 2030

Цели в областта на основните ХНБ до 2030 г.

В средносрочен план целите са свързани със задържане на нивата за показателите за заболяемост, инвалидизация и смъртност от основните ХНБ.

В дългосрочен план целите (в сравнение с базовите данни от 2020 г.) са както следва:

▪ *Сърдечно-съдови заболявания:*

а) Намаляване на смъртността от ИБС - 5%

б) Намаляване на смъртността от МСБ - 5%

▪ *Злокачествени новообразувания:*

а) Намаляване на заболяемостта от злокачествени новообразувания на гърдата (на 100 000 жени) – 5%

б) Намаляване на заболяемостта от злокачествени новообразувания на маточната шийка (на 100 000 жени) – 5%

в) Намаляване на заболяемостта от злокачествени новообразувания на дебелото и правото черво (на 100 000 население) – 5%

▪ *Диабет тип 2:*

а) Намаляване на смъртността от диабет тип 2 на 100 000 население – 5%

▪ *Наднормено тегло, в т.ч. затлъстяване:*

а) Задържане нарастването на наднорменото тегло, в т.ч. затлъстяването при деца под 5-годишна възраст, децата и подрастващите (5-18 години).

б) Преустановяване на тенденцията за увеличаване честотата на затлъстяването при възрастното население.

б) Разширяване обхвата на дейностите по превенция и ранно откриване на наднорменото тегло, в т.ч. затлъстяване при деца и подрастващи.

▪ *Хронични болести на дихателната система:*

а) Намаляване на смъртността от ХОББ на 100 000 население – 5%

Цели в областта на основните фактори на риска за ХНБ до 2030 г.

▪ Употреба на тютюневи и свързани с тях изделия, и на средства за набавяне на никотин

а) Намаляване на разпространението на употребата на тютюневи и свързани с тях изделия и на средства за набавяне на никотин сред населението с 5%.

б) Намаляване на разпространението на употребата на тютюневи и свързани с тях изделия и на средства за набавяне на никотин сред деца до 13 години с 50%.

в) Увеличаване на броя на пациентите, редовно употребяващи тютюневи и свързани с тях изделия и средства за набавяне на никотин, получили консултация от ОПЛ да откажат употребата им до 20%.

г) Намаляване броя на бременните жени, които употребяват тютюневи и свързани с тях изделия и средства за набавяне на никотин по време на бременността, с 20%.

д) Устойчивост на политиките, свързани с ограничаване на употребата на тютюневи изделия и на средствата за набавяне на никотин.

▪ ***Употреба на алкохол***

а) Намаляване на консумация на алкохол на човек от населението с 5%.

б) Намаляване с 10% на относителния дял на лицата, злоупотребяващи с алкохол.

в) Намаляване на консумацията на алкохол при деца до 18 години с 20%.

г) Увеличаване на броя на консултираните лица от ОПЛ за ограничаване на консумацията на алкохол.

д) Устойчивост на политиките, свързани с ограничаване на употребата на алкохол.

▪ ***Нездравословен модел на хранене***

а) Превенция на различните форми на недохранване във всички възрастови групи.

б) Повишаване капацитета за извършване на консултации по хранене и оценка на хранителен прием и хранителен статус на населението.

в) Повишаване информираността на населението с цел промени в поведението и подобряване модела на хранене.

в) Устойчивост на политиките за подобряване състава на храните (намаляване използването на наситените мастни киселини, частично хидрогенирани растителни масла и транс-мастни киселини, захари и сол).

г) Достигане на средния прием на сол от населението до препоръчителните нива от по-малко от 5 грама сол на ден.

д) Стимулиране консумирането на 5 порции (400 грама) общо плодове и зеленчуци на ден.

е) Надграждане на политиките за предпазване на децата от неблагоприятното въздействие върху здравето на маркетинга и рекламата на храни и напитки.

▪ ***Ниска физическа активност***

а) Увеличаване на относителния дял на лицата, практикуващи физическа активност с умерена интензивност най-малко 30 минути, 5 дни в седмицата.

б) Увеличаване на относителния дял на децата, практикуващи ежедневно физическа активност с умерена до висока интензивност най-малко 60 минути.

в) Намаляване с 10% на относителния дял на лицата, практикуващи физически упражнения, спорт и туризъм веднъж седмично и по-рядко.

г) Увеличаване на относителния дял на лицата, консултирани от ОПЛ за редовно практикуване на физически упражнения, спорт и туризъм.

д) Устойчивост на политиките, свързани с повишаване на физическата активност на населението.

8. ЦЕЛЕВИ ГРУПИ ЗА ИНТЕРВЕНЦИИ

- Децата
- Млади хора
- Жени в детеродна възраст, бременни и кърмещи жени
- Население в трудоспособна възраст
- Възрастни хора
- Медицински специалисти
- Немедицински специалисти

9. НАБЛЮДЕНИЕ, ОТЧИТАНЕ И ОЦЕНКА НА ДЕЙНОСТИТЕ. ИНДИКАТОРИ ЗА ОЦЕНКА

За проследяване на процеса на реализация на програмните дейности и тяхната ефективност са определени индикатори за мониторинг и оценка. Събирането на всички данни ще се извършва чрез стандартизирани процедури.

Индикатори за мониторинг и оценка:

- възрастово-полов състав на населението;
- разпространение на факторите на риска, свързани с начина на живот (тютюнопушене, употреба на алкохол, нездравословно хранене, ниска физическа активност);
- заболяемост/болестност на населението по причини, пол и възраст;
- смъртност на населението по причини, пол и възраст;
- инвалидизация на населението по причини, пол и възраст.

Оценката на програмата се извършва на основата на данните от мониторинга. Към компонентите на оценката се отнасят: значимост, адаптивност, степен на изпълнение, ефективност, въздействие, ефикасност (съпоставка на вложените ресурси - финансови, човешки и др., с получените резултати).

В Плана за действие (приложение № 1) са представени конкретните действия за мониторинг и оценка на Програмата.

10. УПРАВЛЕНИЕ НА ПРОГРАМАТА

Управлението на програмата се осъществява от *Национален програмен съвет* (НПС), който се ръководи от заместник-министър на здравеопазването.

Националният програмен съвет включва представители на: МЗ, НЦОЗА, МОН, МОСВ, МЗХГ, МТСП, МВР, ММС, НЗОК, БЛС, НПО и др. Поименният състав и правилата за дейността на Съвета се определят със заповед на министъра на здравеопазването. Националният програмен съвет съдейства при вземането на решения по хода на развитието и реализацията на програмата и финансирането ѝ, при оценяване на резултатите, внася предложения към различните обществени структури по програмни въпроси.

Национални координатори на програмата

Със заповед на министъра на здравеопазването се определят двама национални координатори, които отговарят за реализацията на политиката на програмата и постигането на целите ѝ; ръководят и участват в разработката на програмните документи и планове за работа, съобразно стратегиите на програмата, нейните цели и задачи; разпределят финансовите средства, предоставени по програмата; координират дейностите в областите; при поискване и по други поводи представят резултатите от дейностите на МЗ, НПС, координаторите на програмата в областите; изготвят ежегодна информация за дейността по програмата.

Координатори по факторите на риска - координират дейностите, свързани с отделните рискови фактори.

На областно ниво управлението на програмата се осъществява от Областен програмен съвет (ОПС).

Областен програмен съвет

Включва представители от: общинската администрация, РЗИ, МБАЛ, РЗОК, Районна колегия на БЛС и др. Поименният състав се определя със заповед на директора на РЗИ, който е и председател на Съвета. ОПС взема решения по хода на развитието и

реализация на отделните дейности на програмата, оценката и резултатите; грижи се за допълнително финансиране на дейностите; внася предложения към различните обществени структури по програмни въпроси; съблюдава препоръките на НПС и Координатора по развитието на програмата.

Областен координатор

Определя се със заповед на директора на РЗИ. Координаторът отговаря за реализацията на политиката на програмата и постигането на целите ѝ на регионално ниво; ръководи и участва в разработката на планове за работа, съобразно стратегиите на програмата, нейните цели и задачи; разпределя финансовите средства, предоставени по програмата; при поискване и по други поводи представя резултатите от дейностите на координатора на програмата на централно ниво, НПС, ОПС; изготвя ежегодна информация за дейността по програмата в съответната област.

Областни работни групи

Определят се със заповед на директора на РЗИ. Работната група планира и участва в практическото реализиране на дейностите по програмата, съгласно приетите стратегии, цели, задачи и дейности; извършва оценка на резултатите от дейностите по ключовите фактори на риска за болестите; предоставя информацията на ръководните органи на програмата, на координатора на програмата на централно ниво и други структури при поискване; допълва създадената информационна база данни за здравното състояние на населението в зоната на програмата, честотата и разпространението на факторите на риска, резултатите от проучванията.

11. РЕСУРСНО ОСИГУРЯВАНЕ НА ПРОГРАМАТА

Програмата се финансира от държавния бюджет чрез бюджета на Министерството на здравеопазването и останалите ведомства-партньори по Програмата. Финансовите средства, които са необходими за реализиране на предвидените в програмата дейности, се планират за всяка бюджетна година и са в рамките на утвърдените със Закона за държавния бюджет на Република България разходи по бюджета на Министерството на здравеопазването и останалите ведомства-партньори по Програмата. Предвид дългосрочното действие на програмата, планираните финансови средства са в съответствие с параметрите на бюджетната прогноза за съответния петгодишен период. При възможност, някои от дейностите се финансират/съфинансират от национални и/или международни проекти, донорски и оперативни програми.

12. ПЛАН ЗА ДЕЙСТВИЕ И ФИНАНСОВ ПЛАН

12.1. План за действие (Приложение № 1)

12.2. Финансов разчет на необходимите средства за реализация на дейностите по програмата (Приложение № 2)

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

БЛС – Български лекарски съюз

БНД – Българско научно дружество

БОХП – Браншови организации на хранителната промишленост

БЧК – Български червен кръст

ДАИ - Държавна автомобилна инспекция

ЕС – Европейски съюз

ИААА – Изпълнителна агенция „Автомобилна администрация“

ИБС – Ишемична болест на сърцето

КАТ – Компютърна аксиална томография

МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

МВР – Министерство на вътрешните работи

МЗ – Министерство на здравеопазването

МЗХГ – Министерство на земеделието, храните и горите

ММС – Министерство на младежта и спорта

МОН – Министерство на образованието и науката

МОСВ – Министерство на околната среда и водите

МСБ – Мозъчносъдова болест

МТСП – Министерство на труда и социалната политика

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НПС – Национален програмен съвет

НЦОЗА – Национален център по обществено здраве и анализи

НМД – Научни медицински дружества

ОПЛ – Общопрактикуващ лекар

ОПС – Областен програмен съвет

ПИМП – Първична извънболнична медицинска помощ

РЗИ – Регионална здравна инспекция

РЗОК – Районна здравноосигурителна каса

РОСЗОБ – Регионален офис на Световната здравна организация в България

РУО – Регионално управление на образованието

СЗО – Световна здравна организация

СИМП – Специализирана извънболнична медицинска помощ

СМИ – Средства за масова информация

ССЗ – Сърдечно-съдови заболявания

ХНБ – Хронични незаразни болести

ХОББ – Хронична обструктивна белодробна болест